

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

GUEDES CANDUNDO

**Infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids: conhecimento e crença
acerca dos riscos entre estudantes de nível médio de Lubango,
Angola-África**

**RIBEIRÃO PRETO
2005**

GUEDES CANDUNDO

**Infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids: conhecimento e crença
acerca dos riscos entre estudantes do ensino médio de Lubango,
Angola-África**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, junto ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada inserida na linha de pesquisa: Doenças Infecciosas: problemática e estratégias de enfrentamento.

Orientadora: Profª Drª Elucir Gir

**RIBEIRÃO PRETO
2005**

**Ficha Catalográfica preparada pela seção de Tratamento Da Informação do
Serviço de Biblioteca - EERP-USP**

Candundo, Guedes

Infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids: Conhecimento e crença acerca dos riscos entre estudantes do ensino médio de Lubango, Angola-África./Guedes Candundo; orientador Elucir Gir -- Ribeirão Preto, 2005.

127f

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Área de Concentração: Doenças Infecciosas) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis 2. Fatores de Risco 3. Aids

CDD

FOLHA DE APROVAÇÃO

Guedes Candundo

Infecções sexualmente transmissíveis e hiv/aids: conhecimento e crença acerca dos riscos entre estudantes do ensino médio de Lubango, Angola-África

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, junto ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada inserida na linha de pesquisa: Doenças Infecciosas: problemática e estratégias de enfrentamento.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

O presente estudo foi subvencionado pela Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES, no âmbito do
Programa de Estudante de Convênio de Pós-Graduação

Dedicatória

A

Deus, nosso SENHOR;

Obrigado, pela benevolência e sabedoria.

*A minha mãe, pela educação e afetividade; ao meu pai "in memoriam"
de quem carrego lembranças de luta e coragem.*

*Aos meus filhos, razão da minha existência e luta, com muito amor e
carinho.*

A querida Maura pelo amor, incentivo e companheirismo.

Aos meus irmãos pelo incentivo e apoio moral

A família Brito, pela convivência e amizade

Agradecimentos

À professora **Dr^a Elucir Gir**, minha orientadora, pela sua generosidade, sabedoria e apoio em todos momentos da construção deste trabalho.

À **Dr^a Miyeko Hayashida**, pela construção do banco de dados, sugestões e incentivo desde os primeiros momentos.

À professora **Dr^a Cláudia Benedito**, pela generosidade, incentivo e construção do banco de dados.

À professora **Dr^a Nilza Teresa Rotter Pelá**, pela disponibilidade e válidas sugestões para o aprimoramento deste trabalho.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, pela hospitalidade e apoio acadêmico.

À **Dr^a Evelize Frestas**, Diretora Nacional dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola, pelo incentivo a formação.

Ao **governo da província da Huíla**, através das Direções Provinciais da Saúde e Educação, pelo incentivo e permissão da realização desta pesquisa.

A **Direção da Escola Técnica Profissional de Saúde do Lubango**, pelo incentivo à formação, convivência e amizade.

A **todos estudantes** que participaram da pesquisa pela disponibilidade e colaboração.

Aos colegas **Manuel Simão e Lucas Nhamba**, pelo incentivo, convivência e amizade.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior** (CAPES) pelo apoio financeiro.

A **todas as pessoas que direta ou indiretamente** me apoiaram nesta pesquisa, o meu grande abraço.

RESUMO

CANDUNDO, G. **Infecções sexualmente transmissíveis e HIV/ aids: Conhecimento e crença acerca dos riscos entre estudantes das escolas do ensino médio de Lubango.** Dissertação Mestrado-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

Vivenciando no dia-dia que o número de casos das infecções sexualmente transmitidas (IST) e da aids vem aumentando em todo mundo e na África, principalmente na população jovem, é imprescindível a tomada de medidas preventivas para seu controle. Assim, desenvolvemos este estudo do tipo descritivo transversal com o objetivo de identificar os conhecimentos e risco para IST e aids entre estudantes de nível médio. O referencial teórico foi o “o Modelo de Crenças em Saúde” que compõe as dimensões de susceptibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas. A população estudada constituiu-se de 385 estudantes, pertencente a três escolas de ensino médio. A coleta dos dados ocorreu no período de maio a junho de 2004 e os dados analisados quali-quantitativamente. Para análise quantitativa, os dados foram codificados e registrados numa base de dados e tratados em estatística descritiva. Quanto aos dados qualitativos foram tratados com base no Método de BARDIN (1977), sendo analisados e interpretados utilizando o referencial teórico do Modelo de Crenças em saúde de Rosenstock (1974a). Quanto às características demográficas, 59,9% dos estudantes eram do sexo feminino, 49,1% do sexo masculino, a idade variou entre 13 e 45 anos, 83,9% referiram ser solteiros. Com relação às práticas sexuais, 77,4% dos alunos investigados eram sexualmente ativos, sendo que 51,6% mencionaram nunca terem usado ou usado algumas vezes o preservativo; 66,7% referiram nunca terem usado e ou usado algumas vezes o preservativo com o parceiro fixo; 55,3% perceberam o risco de adquirir as IST/ aids. Quanto as informações acerca das IST /aids 95,8% dos respondentes já ouviram falar da aids, 95,3% de sífilis, 92,9% de gonorréia, 58,1% de hepatite B, sendo que 90,1% dos informantes tiveram como fonte de informação a televisão, 85,4% o radio, 78,4% os amigos, 74,5% os livros, 65,9% o jornal. Quanto à susceptibilidade, através dos enunciados dos participantes referiram perceber a sua vulnerabilidade e risco em adquirir IST/ aids. No tocante à severidade percebida, os estudantes associaram a aids a doença sem cura e à morte. Os informantes demonstram terem tido conhecimentos sobre os modos de transmissão e medidas preventivas das principais IST, porém bastante limitados. Sobre benefícios percebidos, foram mencionados pelos investigados alguns fatores facilitadores do uso do preservativo, como meio de prevenção e método contraceptivo, para além da citação de algumas barreiras percebidas como, a dificuldade no uso do preservativo. Diante destas situações, é imprescindível a implementação de programas educativos de prevenção com vistas à promoção da saúde.

Palavras chave: Doenças sexualmente transmissíveis, fatores de risco, aids.

ABSTRACT

CANDUNDO, G. **Sexually transmissible infections and HIV/ aids: Knowledge and beliefs on risks among secondary students in Lubango. Masters Dissertation** – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2005.

Experiencing in everyday life that the number of cases with sexually transmissible infections (STI) and aids is increasing all over the world and in Africa, mainly in the juvenile population, preventive measures are essential for their control. Thus, this descriptive and cross-sectional study aimed to identify knowledge and risk of STI and aids among secondary students. The theoretical reference framework was the "Health Belief Model", which covers the dimensions of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers. The study population consisted of 385 students from three secondary schools. Data were collected in May and June and subject to qualitative and quantitative analysis. With a view to quantitative analysis, data were coded, registered in a database and treated by means of descriptive statistics. In qualitative analysis, data were treated on the basis of BARDIN's method (1977) and analyzed and interpreted through the theoretical reference framework of ROSENSTOCK's (1974 a) Health Belief Model. With respect to demographic characteristics, 59.9% of the students were women and 49.1% men, ages ranged from 13 to 45 years and 83.9% mentioned they were single. What sexual practices is concerned, 77.4% of the investigated students were sexually active; 51.6% indicated they had used the condom never or a few times; 66.7% mentioned they had used the condom never or a few times with their fixed partner; 55.3% perceived the risk of acquiring STI/aids. As to information about STI/aids, 95.8% of the respondents had already heard about aids, 95.3% about syphilis, 92.9% about gonorrhoea and 58.1% about hepatitis B. 90.1% of the informants obtained their information from television, 85.4% from radio, 78.4% from friends, 74.5% from books and 65.9% from newspapers. With respect to susceptibility, the participants' discourse indicated they perceived their vulnerability and risk of acquiring STI/aids. What perceived severity is concerned, students associated aids to an incurable disease and to death. The informants demonstrated their knowledge about transmission modes and measures to prevent the main STI, although quite limited. As to perceived benefits, the participants mentioned some facilitating factors of condom use as a means of prevention and contraceptive method. Furthermore, they indicated some perceived barriers as difficulties for condom use. In light of these situations, educational prevention programs have to be implemented with a view to health promotion.

Key words: Sexually transmissible diseases, risk factors, aids.

RESUMEN

CANDUNDO, G. Infecciones sexualmente transmisibles y VIH/sida: Conocimiento y creencia a cerca de los riesgos entre estudiantes de las escuelas de enseñanza media de Lubango. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

Vivenciando en el día a día que el número de casos de las infecciones sexualmente transmisibles (IST) y del sida viene aumentando en todo el mundo y en África, principalmente en la población joven, es imperativa la toma de medidas preventivas para su control. Así, la finalidad de este estudio descriptivo transversal fue la de identificar los conocimientos y el riesgo para las IST y sida entre estudiantes de nivel medio. El referencial teórico fue el "Modelo de Creencias en Salud", compuesto por las dimensiones de susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas. La población estudiada se consistió en 385 estudiantes, pertenecientes a tres escuelas de enseñanza media. La recopilación de los datos ocurrió en el período de mayo a junio de 2004 y los datos fueron analizados cualicuantitativamente. Para el análisis cuantitativo, los datos fueron codificados, registrados en una base de datos y tratados mediante estadística descriptiva. Respecto al análisis cualitativo, los datos fueron tratados con base en el método de BARDIN (1977), siendo analizados e interpretados utilizándose el referencial teórico del Modelo de Creencias en salud de ROSENSTOCK (1974 a). En cuanto a las características demográficas, el 59,9% de los estudiantes eran del sexo femenino y el 49,1% del masculino, la edad varió entre 13 y 45 años, el 83,9% refirió ser soltero. Con relación a las prácticas sexuales, el 77,4% de los alumnos investigados era sexualmente activo, siendo que el 51,6% mencionó jamás haber usado o usado algunas veces el preservativo; el 66,7% relató jamás haber usado y/o usado algunas veces el preservativo con compañero fijo; el 55,3% percibió el riesgo de adquirir las IST/sida. Respecto a las informaciones a cerca de las IST/sida, el 95,8% de los respondientes ya oyó hablar del sida, el 95,3% de la sífilis, el 92,9% de la gonorrea, el 58,1% de la hepatitis B. El 90,1% de los informantes tuvo como fuente de información la televisión, el 85,4% la radio, el 78,4% amigos, el 74,5% libros y el 65,9% periódicos. En cuanto a la susceptibilidad, las declaraciones de los participantes refirieron percibir su vulnerabilidad y riesgo de adquirir IST/sida. Con relación a la severidad percibida, los estudiantes asociaron el sida a enfermedad sin cura y a la muerte. Los informantes demuestran poseer conocimientos sobre los modos de transmisión y medidas preventivas de las principales IST, pero bastante limitados. Sobre beneficios percibidos, los investigados mencionaron algunos factores del uso del preservativo como medio de prevención y método contraceptivo. Además, citaron algunas barreras percibidas como dificultad en el uso del preservativo. Ante esas situaciones, es imprescindible la implementación de programas educativos de prevención con miras a la promoción de la salud.

Palabras-clave: Enfermedades sexualmente transmisibles, factores de riesgo, sida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Acquired immunodeficiency syndrome
amFAR	American Foudation for Aids Research
AMS	Associação Mundial de Sexologia
BEMFAM	Fundação do Bem-estar do Menor
CDC	Center for Disease Control and Prevention (USA)
EBOnet	Provedora angolana de Internet
ETPS	Escola Técnica Profissional de Saúde do Lubango-Angola
EUA	Estados Unidos de América
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HIV	Human immunodeficiency vírus
HIV-1	Human Immunodeficiency Type I
HIV-2	Human immunodeficiency Type II
HTLV-III	Human T-cell Limphadenopath virus Type III
IMNE	Instituto Médio Normal de Educação – Lubango, Angola
IMEL	Instituto Médio de Economia do Lubango-Angola
ISE	Instituto Superior de Enfermagem – Luanda, Angola
IST	Infecções sexualmente transmitidas
LAV	Lymphadenopath-associated vírus
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o Combate à aids
SPSS	Statistical Package for Social Science
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1-	Distribuição dos estudantes das escolas de ensino médio (n = 385), segundo sexo, idade, estado civil e ocupação, Lubango – Angola, África, 2004	56
Tabela 2-	Distribuição dos estudantes sexualmente ativos das escolas de ensino médio, segundo a idade de início da prática sexual e sexo, Lubango – Angola, África 2004.....	58
Tabela 3-	Distribuição dos estudantes sexualmente ativos das escolas de ensino médio, segundo a frequência das relações sexuais, Lubango – Angola, África, 2004	62
Tabela 4-	Distribuição das respostas dos estudantes sexualmente ativos, segundo o número de parceiros sexuais tidos no mês atual, Lubango – Angola, África 2004	63
Tabela 5-	Distribuição das repostas dos estudantes sexualmente ativos das escolas de ensino médio, segundo o número de parceiros sexuais tidos no ano atual, Lubango – Angola, África, 2004	67
Tabela 6-	Distribuição dos estudantes sexualmente ativos das escolas de ensino, segundo a frequência do uso da camisinha com parceiro fixo, Lubango – Angola, África 2004.....	70
Tabela 7-	Distribuição dos estudantes sexualmente ativos (n=298) das escolas de ensino médio, segundo os motivos alegados para o não uso da camisinha com parceiro sexual fixo e não fixo, Lubango – Angola, África 2004	73
Tabela 8-	Distribuição dos estudantes das escolas do ensino médio, segundo a sua percepção do grau de risco em adquirir a IST/aids, Lubango, Angola, África 2004.....	76
Tabela 9-	Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo a percepção de risco em adquirir e de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis/aids, Lubango, Angola - África, 2004.....	90
Tabela 10-	Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo os conhecimentos dos modos de transmissão das IST/aids, Lubango, Angola - África, 2004	98
Tabela 11-	Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo os conhecimentos de prevenção da hepatite B, Lubango, Angola -África, 2004	103

Tabela 12-	Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo os tópicos que os participantes desejariam discutir com relação as infecções sexualmente transmissíveis/aids, Lubango, Angola -África, 2004	104
Tabela 13-	Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo propostas de medidas de prevenção e controle da aids em Angola. . Lubango, Angola-África, 2004.....	105
Tabela 14-	Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo os fatores que facilitam as pessoas a usarem o preservativo, Lubango, Angola-África,2004	107
Figura 1 -	“Modelo de crença em Saúde”, como determinante do comportamento preventivo em saúde (ROSENSTOCK, 1974, p.330)	42

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE TABELAS

1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA	20
2 INTRODUÇÃO	22
2.1 A história da aids.....	22
2.2 Panorama geral das infecções sexualmente transmitidas/aids.....	24
2.3 Aspectos sócio-culturais de Angola e HIV.....	30
2.4 Aids e os adolescentes.....	32
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	39
3.1 O modelo de crenças em saúde.....	39
3.2 Dimensões do modelo de crenças em saúde.....	41
4 OBJETIVOS.....	48
5 METODOLOGIA	49
5.1 Tipo de estudo.....	49
5.2 Local do estudo: caracterização das escolas.....	49
5.3 População e amostra	50
5.4 Aspectos éticos	50
5.5 Coleta e organização dos dados	51
5.6 Procedimento de análise dos dados	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6.1 Caracterização sócio-demográfica	56

6.2 Características das práticas sexuais	57
6.3 Percepção de risco em adquirir infecções sexualmente transmissíveis/aids.....	75
6.4 Informações acerca das infecções sexualmente transmitidas/aids	83
6.5 Percepção individual de susceptibilidade da doença pelo estudante.....	90
6.6 Percepção individual da severidade da doença pelo estudante.....	95
6.7 Conhecimento dos estudantes sobre as infecções sexualmente transmissíveis/aids.....	96
6.7.1 Modo de transmissão das Infecções sexualmente transmissíveis/aids...	97
6.7.2 Complicações das doenças (hepatite B e sífilis)	101
6.7.3 Medidas de prevenção (hepatite B e sífilis).....	102
6.7.4 Necessidade de informação sobre infecções sexualmente transmissíveis/aids	104
6.8 Probabilidade de ação: relação entre benefícios e barreiras percebidas ...	106
7 CONCLUSÕES	110
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
10 ANEXOS	127

1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Iniciei as atividades na área de saúde, no Município do Kuito, Província do Bié na Republica de Angola e após a conclusão do curso técnico de enfermagem, em 1990, comecei a trabalhar como docente assistencial no Hospital Provincial do Kuito, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica e na Clínica de Ortopedia e Traumatologia.

Com a intenção de cursar graduação em Enfermagem, em 1993 fui encaminhado para a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto – SP, Brasil, onde conclui este curso, em 1996. No decorrer do mesmo tive a oportunidade de desenvolver trabalhos de pesquisa, como bolsista de iniciação científica, participei de cursos de curta duração, jornadas, simpósios como membro efetivo.

No ano de 1997 cursei Licenciatura em Enfermagem na mesma Instituição, e depois regressei a Angola. Fui alocado no Instituto Superior de Enfermagem (ISE), de Luanda, como docente-colaborador no Curso de Graduação em Enfermagem, junto à disciplina de Introdução à Enfermagem.

Em 1998 fui transferido para a cidade do Lubango, Província da Huíla, a fim de apoiar na organização e Gestão da Escola Técnica Profissional de Saúde, onde atualmente sou Subdiretor para Formação Permanente e Docente de Enfermagem médico-cirúrgica.

No desenvolvimento das minhas atividades profissionais tenho mantido contato com os profissionais de saúde e com a comunidade da Região Sul de Angola e venho participando de estudos, cursos e congressos, para meu aprimoramento.

Vivenciando no dia-a-dia que o número de casos das infecções sexualmente transmitidas (IST) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), vêm aumentando em todo o mundo, sei que é imprescindível, para seu controle e prevenção, o trabalho de um profissional capacitado para atuar tanto na área do ensino, como na pesquisa e assistência, já que elas se constituem em problemas sérios para a saúde pública. Considerando estas dificuldades, é imprescindível o aprimoramento e atualização de conhecimentos, portanto o Curso de Pós-graduação, nível mestrado, no Brasil, me oferecerá subsídios para lidar com essas doenças, seja coordenando, seja implementando ações em programas voltados à prevenção e controle de tais doenças, em Angola.

2 INTRODUÇÃO

2.1 A história da aids

A aids foi reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos da América, entre indivíduos homossexuais do sexo masculino moradores de São Francisco e Nova York. Trata-se de uma entidade clínica causada pelo Human Immunodeficiency Vírus (HIV) (GALLO;STALL, 1990; LACAZ et al. , 1990; LIMA, 1996).

Este vírus pertence à família Retroviridae. São inúmeros vírus que possuem em comum a capacidade de infectarem primariamente células do sistema mononuclear fagocitário (linfócitos T e macrófagos), comprometendo o sistema imunológico (AMATO NETO, 1996).

O primeiro relato de isolamento de um retrovírus, foi a partir de material obtido de um paciente com suspeita de aids, feito por pesquisadores franceses, que o denominaram Lymphadenopathy-Associated Virus (LAV). Ao mesmo tempo, pesquisadores norte americanos anunciavam o isolamento de um outro retrovírus, denominado de Human T-cell Lymphotropic Virus Type III (HTLV-III). Entre os dois grupos de pesquisadores houve uma competição muito grande pela autoria da descoberta do HIV. Em 1986, o Comitê Internacional de Taxionomia das Viroses denominou de HIV em substituição ao LAV e HTLV-III (ROTH, 1998; GALLO; STALL, 1990; MONTAGNIER, 1995).

Em 1986 foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus estreitamente ligado ao HIV-1, denominado HIV-2. Embora não se saiba ao certo qual a origem dos vírus HIV-1 e HIV-2, sabe-se que uma grande família de retrovírus

relacionada a eles está presente em primatas não-humanos na África Subsaariana. Os dois tipos de vírus têm a capacidade de infectar linfócitos através do receptor CD4. O HIV-1 tem se mostrado mais virulento que o HIV-2 (LIMA et al., 1996).

A aids causa deficiência imunológica grave que resulta em um conjunto de sinais e sintomas, sendo, portanto chamado de síndrome. Em consequência surgem as infecções oportunistas, neoplasias e lesões, acometendo indivíduos sem história prévia de comprometimento imunológico (AMATO NETO, 1996).

O aparecimento dos primeiros casos de aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e hemofílicos, afastou os estudos apenas dos casos vinculados à homossexualidade, para pesquisas relacionadas a uma doença infecciosa, transmitida pelo sexo e pelo sangue (BASTOS et al., 1993).

Se na sociedade já existiam preconceitos, houve estímulo, por parte da imprensa, à discriminação de grupos específicos, seja o de UDI, seja de homossexuais (RIBEIRO, 1992).

Esses foram denominados “grupos de risco”. Por causa desse conceito, a informação à população foi passada de forma sensacionalista e preconceituosa; gerando mais ignorância e desinformação do que esclarecimentos a respeito da aids (CARVALHO, 1997).

Muitos estudos realizados comprovaram como modos de transmissão da aids: via sexual (homossexual ou heterossexual) através do sêmen, sangue e secreção vaginal; por via sanguínea, através de agulhas e seringas contaminadas com HIV, pela transfusão de sangue contaminado ou seus derivados, e perinatal ou transmissão vertical, mãe portadora do vírus para o filho durante a gestação, parto ou por aleitamento (LIMA et al., 1996).

Para Lima et al. (1996) a principal forma de exposição no mundo todo é a

sexual, sendo que a transmissão heterossexual através de relações sexuais sem o uso do preservativo considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a mais freqüente do ponto de vista global.

É consenso já há alguns anos que todas as pessoas são vulneráveis a aids, e o conceito de “grupo de risco” foi substituído pelo conceito de comportamento de risco (ROSO;GUE; NORA, 1996).

2.2 Panorama geral das infecções sexualmente transmitidas/aids

A situação atual vem mostrando que o problema das infecções de transmissão sexual e aids constitui uma preocupação em nível mundial. As estatísticas revelam que os casos de aids no mundo acometem mais as mulheres e a população jovem.

As infecções sexualmente transmitidas são transmissíveis predominantemente pelo contacto sexual, envolvendo muitos microrganismos patógenos, tais como: bactérias, vírus, protozoários e ectoparasitos, sendo que alguns desses são mais difíceis de tratar e controlar podendo causar sérias complicações (PETRILLI FILHO, 2004).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Associação Mundial de Sexologia (AMS), cada ano ocorre no mundo cerca de 333 milhões de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis, resultando em um milhão de mortes (OPAS; OMS; AMS, 2000a).

Sendo a população de estudantes de interesse para o estudo constituída majoritariamente de adolescentes e adultos jovens, acreditamos na possibilidade dos mesmos terem tido maior freqüência de atividade sexual, troca de diferentes parceiros sexuais e às vezes sem o uso do preservativo, conseqüentemente maior

exposição de risco em contrair IST/aids.

Partindo desse pressuposto, os alunos deveriam ter um pouco mais de informação a respeito das medidas preventivas adequadas com relação a essas infecções com vista a preservar a própria saúde.

Para Lescura (1994) a influência do próprio meio social, a liberdade sexual cada vez mais evidente, tem colocado os jovens em situação de grande vulnerabilidade.

Na prática, como as infecções sexualmente transmitidas estão associadas à “promiscuidade sexual” faz com que muitos jovens não procurem os serviços de saúde e de aconselhamento, quando acometidos por essas, devido ao medo, desinformação, estigma social e até mesmo vergonha de se abrir diante dos profissionais de saúde. Assim, vão protelando o acesso aos serviços de saúde, recorrendo aos amigos, farmácias e clínicas privadas. Essas unidades muitas vezes não dispõem de pessoal qualificado para o tratamento e orientação adequada (para o efeito), prejudicando o próprio organismo, inclusive a disseminação da doença a seus parceiros com os quais estão se relacionando sexualmente.

Outra situação extremamente importante está relacionada com a transmissibilidade do HIV entre estudantes sem que os mesmos se apercebam, considerando o longo período entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença.

Com isso, a implementação de atividades educativas junto aos jovens, possibilita, a informação e o reconhecimento precoce dessas enfermidades e, por conseguinte a procura pelos serviços de saúde.

Com o advento da epidemia da aids e de outras enfermidades de transmissão sexual, a mudança de comportamentos é imprescindível.

A discussão da necessidade de mudanças de comportamentos e práticas sexuais seguras, pressupõe que se criem bloqueios na cadeia de transmissão dessas doenças.

Corroboramos com Oliveira (1996) quando afirma que o primeiro elemento detectado como fator de risco para infecção da aids é o parceiro sexual. Quanto maior for o número de parceiros sexuais maior é o risco de contrair o vírus.

A transmissão heterossexual representa o meio predominante na transmissão do HIV na população feminina, o que por sua vez implica no incremento de casos de transmissão vertical, fato que evidencia a dificuldade das mulheres em negociar práticas sexuais seguras, pelas próprias diferenças de poder entre gêneros (PETRILLI FILHO, 2004).

Ao enfrentar a epidemia do vírus HIV/ aids, as pessoas muitas vezes reagem distanciando-se do problema. Muitas acreditam que, hoje, e mesmo futuramente, o risco de tornar-se soropositivo ou de ter familiar e / ou amigo infectado pode ser inexistente.

Segundo Mann et al. (1993) em um nível biológico, todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV. Além da vulnerabilidade biológica há uma realidade epidemiológica fundamental. O HIV necessita de ações (comportamentos específicos e identificáveis) para que a transmissão não ocorra. O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade a infecção do HIV, portanto, é necessário um enfoque no indivíduo, embora claramente não seja suficiente.

Concordamos com Mann et al. (1993) quando afirmam que o comportamento é fato mutável quando conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa (por exemplo, o comportamento sexual na adolescência, meia-idade e terceira idade) mudando em resposta a história e experiência pessoal e fortemente influenciada por

indivíduos-chave (família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais, culturais mais abrangentes, como religiões, estados e nações. A prevenção da aids bem sucedida requer três elementos: informação e educação; serviços de saúde e sociais; e um ambiente social de apoio.

O relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas para o Combate a Sida (ONUSIDA), revela que a aids é uma crise de caráter excepcional, porque é uma emergência e uma questão em longo prazo. Apesar do aumento do financiamento, compromisso político e dos progressos alcançados na ampliação do acesso ao tratamento, a epidemia mantém o seu dinamismo e crescimento sem resposta mundial. Não há nenhuma região do mundo que está salva (ONUSIDA, 2004a).

Esta informação é preocupante e chama-nos a atenção para uma grande reflexão sobre a adoção de medidas efetivas com vista a controlar a epidemia da aids no mundo.

Segundo o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) do ano 2000, existiam 1,6 milhões de pessoas vivendo com HIV na América Latina e Caribe e cerca de 1 milhão na América do Norte. Em 1998, as taxas de prevalência em pessoas com idades entre 15 e 49 anos de idade eram em torno 1 em 200 pessoas na América do Norte e na América Latina (0,56% e 0,57%, respectivamente) e de 1 em 50 no Caribe (1,96%). Essas taxas de prevalência são maiores que das outras regiões, como da Europa Ocidental, do Pacífico Ocidental, Austrália e Nova Zelândia. As taxas do Caribe só são superadas pelas da África subsaariana, que é a região mais afetada (OPAS/OMS/UNAIDS, 2000).

Em 2003, a epidemia da aids na América Latina afetou mais populações de alto risco para infecção do HIV, ou seja, os usuários de drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens (HSH), destacando-se alguns países da região do Caribe,

como o Haiti, Bahamas e Barbados que apresentaram taxas de prevalência de 3% e cerca de 430. 000 pessoas de infectadas em 2003 (ONUSIDA, 2004a).

O Programa Conjunto de HIV/aids das Nações Unidas (UNAIDS), estima que no ano 2000 o número de casos de infecção pelo vírus HIV entre adultos era de aproximadamente 34,3 milhões, dois terços dos quais na África subsaariana. Em 1999, estimava-se ter havido 5,4 milhões casos novos de infecção em todo mundo e 2,8 milhões de mortes por aids, tornando-a a quarta causa de morte em todo mundo (FAUCI; LANE, 2002).

No final de 2001, o número de casos aumentou, a estimativa já era de 36 milhões de pessoas que viviam com o vírus HIV no mundo, estando 70% delas na África subsaariana, dos quais, um em cada sete é queniano adulto, um em cada cinco sul africanos, um em cada quatro zimbabwenses e um em cada três botswanos (FUKUDA-PARR, 2001).

Esses dados são assustadores e reforçam a necessidade de adoção de medidas preventivas efetivas para o controle do crescimento da epidemia.

Em 2003, cerca de 5 milhões de pessoas se infetaram por HIV, a cifra foi mais alta de infecções num só ano desde que começou a epidemia. Em nível mundial o número de pessoas que vivem com o HIV continua crescendo, de 35 milhões em 2001 a 38 milhões em 2003. No mesmo ano houve 3 milhões de mortes por aids. Desde que foram identificados os primeiros casos de aids em 1981, já faleceram mais de 20 milhões de pessoas (ONUSIDA, 2004a).

Até dezembro de 2003, cerca de 50% de todas pessoas infectadas com HIV no mundo eram mulheres, sendo que os jovens de 15-24 anos constituíam a metade de novas infecções (ONUSIDA, 2004a).

No final de 2004, cerca de 39,4 milhões de pessoas viviam com o vírus HIV no

mundo, sendo 25,4 milhões na África subsaariana (ONUSIDA, 2004b).

Na África subsaariana, cuja população representa mais de 10% do total mundial, vivem 70% de todas as pessoas infetadas com HIV, cerca de 25 milhões frente aos 23,8 milhões em 2001. Calcula-se que só no ano 2003, cerca de 2,2 milhões de pessoas faleceram de aids. Isso representa cerca de 75% da mortalidade mundial, sendo as mulheres com idades entre 15 e 24 anos as mais afetadas (ONUSIDA, 2004c).

Dados da ONUSIDA, do ano de 2002 revelaram que na África Subsaariana, a proporção de mulheres soropositivas era de 20 para cada 10 homens na população entre 15 e 24 anos de idade. A taxa média de infecção era de 13 mulheres soropositivas para 10 homens. Essa razão oscila entre 20 mulheres para cada 10 homens na África do Sul. A transmissão heterossexual foi apontada como a forma mais predominante (ONUSIDA, 2004c).

Do ponto de vista geográfico, a África Meridional é a região mais afetada da África Subsaariana, com taxas de infecção acima de 15% : Botswana e Suazilândia com taxas de 37,3% e 38,8% respectivamente; Lesotho (28,9%); Zimbabwe (24,6%); África do Sul (21,5%); Namíbia (21,3%) e Zâmbia (16,5%), tendo sido apontados como fatores importantes para a disseminação do HIV nessa região: a pobreza e instabilidade social que conduzem a ruptura familiar; níveis elevados de outras infecções sexualmente transmissíveis; baixa posição da mulher; violência sexual entre outras (ONUSIDA, 2004c).

Esses dados ilustram a gravidade da situação da aids no mundo e na África, reforçam a idéia de implementação de ações educativas de prevenção com vista à promoção de comportamentos sexuais seguros.

2.3 Aspectos sócio-culturais de Angola e HIV

A sociedade angolana apresenta muitas culturas, etnias, comportamentos e tradições semelhantes ao que ocorre em praticamente todos os países subsaarianos.

Angola, país independente desde 1975, localiza-se na região subsaariana, parte Austral da África, com população estimada em 14. 078. 000 habitantes (UNAIDS; WHO, 2004).

Durante muitos anos, o país vivenciou uma situação de guerra civil que deixou seqüelas importantes no domínio social, econômico, demográfico e cultural.

Registrou-se durante a guerra, a desarticulação das infra-estruturas básicas de apoio à assistência a saúde, educação, saneamento básico, assim como, a migração da população rural para as áreas urbanas a procura de segurança e condições de vida.

Esse quadro dramático contribuiu de certa forma, para crise social no país e empobrecimento da população, predispondo-a, à vulnerabilidade para certas doenças tais como: malária, tuberculose, aids.

O país encontra-se em fase de reconstrução e reorganização das infra-estruturas sociais básicas destruídas pela guerra e qualificação de recursos humanos, com vistas a melhorar as condições de vida da população, e, conseqüentemente a redução das altas taxas de morbidade e mortalidade infantil, inclusive a aids.

No país, estão sendo desenvolvidas ações educativas de prevenção contra a aids, foi implementado o programa de montagem de centros de testagem e aconselhamento voluntário, assim com o rastreamento e tratamento das mulheres

gestantes portadoras do HIV visando a redução do número de casos de infecção na população, dando maior atenção aos casos de transmissão vertical.

No entanto, a sociedade angolana enfrenta alguns fatores impeditivos no desenvolvimento das suas estratégias de prevenção contra a aids, ou seja, enfrenta o preconceito com relação aos indivíduos portadores de HIV; a não aceitação da homossexualidade como forma normal de expressão da sexualidade humana, apesar de ser um fato no país; a dificuldade de negociação do uso do preservativo entre gênero, devido ao maior poder de decisão masculino, expondo as mulheres a maior vulnerabilidade para as infecções sexualmente transmitidas e aids.

O próprio panorama de guerra contribuiu com a situação de desemprego, aumento da prostituição e consumo de drogas entre os jovens, e vem expondo os mesmos a maior vulnerabilidade social e individual para várias enfermidades.

O aumento da circulação de pessoas, devido a maior abertura das rodovias desde o fim da guerra, e o regresso dos refugiados dos países vizinhos, onde na sua maioria se registra um elevado índice de infecção pelo HIV, podem ser outros fatores importantes na disseminação do HIV no país. Também conta como fator negativo para essa população, o despreparo dos pais na educação sexual dos filhos com relação à prevenção da aids.

São escassos estudos que abordam a questão da aids em Angola, mas os dados coletados numa das principais provedoras da Internet (EBOnet), revelaram que em cada dez mulheres grávidas de origem angolana que realizaram o teste para o anti-HIV, cerca de três eram portadoras do vírus (ANGOLA, 2002).

Os primeiros casos de aids foram registrados em 1985 e estima-se que 5% de angolanos estejam infectados com HIV, 600.000 pessoas infectadas até ao início de 2004, 21.000 mortes até final de 2003, sendo que as mulheres representaram

metade de todas infecções, e a principal forma de transmissão foi a heterossexual (UNAIDS; WHO, 2004).

A cidade do Lubango, situa-se na província da Huila, Região Sul de Angola, e tem uma população estimada em 983. 500 habitantes. Seu clima é tropical. A sua principal economia é agropecuária e exploração de minérios (ANGOLA, 2005).

Grande parte da população concentra-se na área urbana, devido a conseqüências da situação de guerra, sendo que, uma parcela significativa encontra-se desempregada.

A cidade dispõe de três escolas públicas de nível médio, três núcleos de ensino superior, oito escolas privadas de ensino fundamental e cinco hospitais públicos, para além de algumas pequenas unidades sanitárias de atendimento na área periférica.

O sistema de saúde pública ainda é considerado precário, pela grande demanda de pacientes por um lado e por outro, pelos insuficientes recursos médicos e medicamentosos.

Contudo, dados obtidos a partir da EBONet, indicavam que o Ministério da Saúde de Angola registrou cerca de 3. 276 casos novos de infecção pelo vírus HIV em 2003. A província da Huila, onde fica situada a cidade do Lubango, foi uma das mais atingidas, tendo registrado de janeiro 2003 a maio 2004, 810 casos, dos quais, 120 resultaram em mortes (ANGOLA, 2004).

2.4 Aids e os adolescentes

Embora haja diversidade na definição do conceito e na limitação do período cronológico da adolescência, pode-se dizer que este abrange três níveis de

maturação e desenvolvimento: a puberdade, a adolescência propriamente dita que se estende dos 15 aos 17 anos, cuja característica marcante é a de mudanças psicológicas e adolescência tardia que vai dos 18 aos 21 anos (OSÓRIO, 1992).

A adolescência se caracteriza por mudanças biopsicossociais. As mudanças biológicas englobam o marcante crescimento físico e a evolução da maturação sexual, e as transformações psicossociais dependem da inserção da pessoa em diferentes ambientes, culturas, valores, instituições que tornam a vivência da adolescência quase que singular para cada indivíduo (SAITO, 1998).

As modificações biopsicossociais caracterizadas na fase da adolescência afetam o processo natural de desenvolvimento e envolvem a necessidade de experimentar comportamentos que deixam os adolescentes mais vulneráveis a riscos e danos a sua saúde (RAFFAELLI et al, 1995).

O início da atividade sexual cada vez mais precoce, a curiosidade pelas drogas, a gravidez na adolescência, a não adesão aos métodos contraceptivos (com finalidade não somente de se evitar uma gravidez, mas como forma de prevenção das sexualmente transmissíveis) e a afirmação grupal, os deixam cada vez mais susceptíveis aos riscos para as IST (RAFFAELLI et al., 1995; MARQUES; DONED; SERAFIN, 1999; FERNANDES; GOURGEL; JULIÃO, 1999).

A questão da gravidez na adolescência é preocupante tanto nos países desenvolvidos como nos em via de desenvolvimento, considerando que suas conseqüências transcendem os problemas relacionados à gestação e ao parto, podendo adiar ou interromper o projeto de vida e contribuir para O crescimento populacional desordenado, determinado pelo maior número de filhos e comprometendo a qualidade de vida futura.

Para Saito (1998), a falta de informação que resulta da educação sexual

ausente ou insatisfatória implica diretamente Na gravidez precoce.

Pesquisas mostraram que, na Cidade do México, 23,9% das jovens iniciaram atividade sexual antes dos 16 anos; na Jamaica 6% antes dos treze anos (SAITO, 1998).

Segundo Dias (2000), estudos demonstraram que o elevado índice de comportamentos de risco de adolescentes, para a aids, têm revelado que este se dá por eles estarem cada vez mais cedo se deparando com novos valores comportamentais relacionados à atividade sexual, de modo geral, buscando a sua própria identidade.

A insegurança, a falta de limites, a sensação de onipotência, a influência dos meios de comunicação, fantasias que a acompanham, sobretudo, o início da prática sexual, associados a pouca percepção de risco e a limitada informação que têm sobre sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis/ aids e drogas, tornam esses mais vulneráveis a se infectarem pelo vírus HIV (DIAS, 2000).

[...] O termo sexualidade se refere a uma dimensão fundamental do direito de ser um ser humano. Baseia-se no sexo, inclusive ao gênero, a identidade sexual e gênero, orientação sexual, o erotismo, a vinculação afetiva, ao amor e a reprodução. Se expressa e se experimenta em forma de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, práticas e relações. A sexualidade é resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos ou espirituais [...] (DIAS, 2000, p. 8).

Segundo Ayres (1998), um dos maiores obstáculos a qualquer trabalho preventivo com populações de crianças e adolescentes parece ser a forma estereotipada e naturalista que temos tratado os jovens em nossos serviços de educação e saúde, especialmente os adolescentes.

De acordo com este autor, tomando o processo de crescimento e desenvolvimento como um conjunto de fenômenos biológicos e universais, experimentamos sérias limitações no recurso à adolescência como categoria

instrumental para apreensão e transformação dos comportamentos e condições de saúde.

Para Gherpelli (1998), quando se fala da sexualidade, pressupõe-se falar da intimidade, uma vez que ela está estreitamente ligada às relações afetivas. Mas para ser compreendida, não se pode separá-la do indivíduo como um todo. O exercício da sexualidade pode ser uma fonte de imenso prazer e de expressão de sentimentos profundos, próprios do encontro amoroso, mas também pode ser uma fonte de graves transtornos na vida pessoal e social de um indivíduo. A presença da aids e o aumento da gravidez na adolescência são fatos constatados e que reforçam a hipótese de que a desinformação, a repressão, o silêncio, o medo e outros sentimentos negativos parecem limitar a escolha do adolescente ante a sua vida sexual e reprodutiva, criando situações de difícil atuação dos pais e profissionais que lidam com os jovens.

A contaminação pela aids está associada a comportamentos que possibilitam o contato com o sangue, sêmen e secreções vaginais. Portanto, a prevenção no âmbito da sexualidade envolve a utilização de métodos seguros, tais como o uso do preservativo. A alternativa é desenvolver uma cultura que favoreça a adequação do comportamento sexual do jovem à prevenção da gravidez, aids e infecções de transmissão sexual.

A educação sexual efetiva é aquela que é ministrada antes de se iniciar o envolvimento sexual e que esse processo, na maioria das vezes, retarda o início da atividade sexual, reduz o número de infecções sexualmente transmissíveis, parceiros sexuais e gravidez não planejada (BRASIL, 2000a).

Segundo Botelho (2001), os pais devem sentir-se responsáveis pela orientação sexual dos seus filhos, assumindo o papel de “educadores”, para tal é preciso que

se estabeleça um diálogo aberto e recíproco sobre a sexualidade.

Um estudo realizado no Ceará com famílias de adolescentes mostrou que 60% delas, repassaram a tarefa de educação para a prevenção das IST/ aids aos professores, profissionais de saúde ou amigos, 40% relataram terem participado no processo de educação dos jovens, utilizando o diálogo; porém esbarra-se em barreiras como: preconceitos, tabus, vergonha, despreocupação dos jovens com risco pessoal e falta de tempo dos pais (FERNANDES; GOURGEL; JULIÃO, 1999).

Trabalho realizado por Botelho (2001) mostrou que os vínculos entre os adolescentes e familiares não propiciam diálogo, sendo caracterizados pela repressão dos pais e manutenção de valores religiosos. A escola realiza programas de educação com enfoque biológico e informativo, não aborda os valores e crenças que permeiam o comportamento sexual e, em contrapartida, a mídia tem uma multiplicidade de funções, tanto é utilizada em campanhas preventivas, como também em comerciais voltados ao consumismo do sexo, incitando a manifestação do erotismo.

A escola é outro local ideal para se inserir a educação preventiva. Possui uma estrutura adequada para proporcionar o aprendizado formal: é um local freqüentado por grande número de jovens durante várias horas de seu dia e por um longo período da sua vida, e favorece as relações sociais e troca intensa de informações e de normas de conduta, que influenciam direta ou indiretamente o indivíduo (GHERPELLI, 1998).

A educação escolar sobre a prevenção da aids deve proporcionar informação, mas também deve dar as crianças e aos adolescentes a possibilidade de entender o conceito da sexualidade.

Segundo a Organización Mundial de La Salud (1999) estudos sobre avaliação

de programas sobre prevenção de gravidez na adolescência têm mostrado que, para ser efetiva, a educação deve iniciar-se no ensino fundamental antes dos jovens terem experimentado comportamentos de risco, como o uso de drogas e início da atividade sexual.

Os programas escolares de educação sexual não adiantam nem aumentam a atividade sexual entre os jovens, ao contrário atrasam o início da vida sexual, resultando em redução de contatos sexuais e dando lugar a práticas sexuais seguras (BALDO, 1998).

A gravidade da aids e das infecções sexualmente transmitidas entre adolescentes permite com urgência motivar e encorajá-los a adotarem práticas sexuais seguras. O trabalho de prevenção dessas enfermidades, desenvolvido nas escolas e outras instituições, pode ajudar crianças e adolescentes a terem uma visão positiva da sexualidade, a desenvolverem uma comunicação clara nas relações interpessoais, a elaborarem seus próprios valores a partir de um pensamento crítico e tomarem decisões responsáveis (BRASIL, 2000a).

Assim sendo, urge que sejam criados, programas educativos que informem e conscientizem os jovens a adotarem comportamentos seguros, em relação ao sexo, assim como sejam conduzidos estudos sobre conhecimentos, práticas e comportamentos seguros.

Partindo do pressuposto de que através da educação em saúde poderíamos estimular comportamentos, valores e atitudes saudáveis entre os indivíduos, iniciou-se um processo de reflexão sobre como podíamos buscar informações sobre comportamentos, valores, crenças e atitudes dos estudantes frente às infecções sexualmente transmissíveis e aids, visando o planejamento de programa educativo para a população em estudo.

Assim, surgiram alguns questionamentos pertinentes:

- Qual é a informação que o jovem tem sobre as IST/ aids?
- Qual é a sua percepção de susceptibilidade e seriedade em contrair IST/ aids?
- Qual é a sua percepção de benefícios das medidas preventivas em relação as IST/ aids?
- Qual é a sua percepção da existência de barreiras para tomada de decisões de ações preventivas em relação as IST/ aids?

Refletindo sobre estas questões, buscamos o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), visto que esse procura explicar a adoção de comportamentos preventivos ao estabelecer relações entre o comportamento individual e algumas crenças individuais e sua ampla utilização em estudos nessa área (DELA COLETA, 2004).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O modelo de crenças em saúde

No início da década de 50, os psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, começaram a preocupar-se com a prevenção de doenças. A ênfase até então era aos estudos sobre o comportamento na doença e o seu tratamento. Era evidente, também, o fato das pessoas não aceitarem as medidas preventivas, ou tampouco realizarem testes para detecção precoce de doenças, independente de o custo ser baixo ou mesmo zero.

Tais aspectos despertaram a necessidades de uma teoria que explicasse o comportamento preventivo em saúde, de pessoas que não estivessem vivenciando processos de doenças, tendo como objetivo maior a prevenção das mesmas. Surgiu, portanto, o Modelo de Crenças em Saúde (MSC) a partir da expressiva evidência da população de resistir a medidas preventivas ou meios para detecção precoce da doença na sua fase assintomática.

Desenvolvido por Hochbaum, Leventhal, Kegeles e Rosenstock, o MCS apresenta uma orientação fenomenológica influenciada pelas Teorias de Kurt Lewin, cuja premissa básica fundamental é que o mundo do percebedor, e não o ambiente físico, é que determina o que ele fará, embora o ambiente físico, tenha significado papel, mas somente na maneira pela qual ele é representado na mente do indivíduo. Assim, este modelo apresenta expressivo elemento de motivação e do mundo perceptível do indivíduo (ROSENSTOCK, 1966).

Originado da Teoria de Campo de KURT LEWIN, o entendimento inicial do MCS se resumia em: um espaço vital composto com valência positiva, como por

exemplo, as atividades diárias; aspectos negativamente avaliados, como o processo da doença e, ainda aspectos relativamente neutros (LEWIN et al. , 1944).

As características preliminares do modelo levaram em consideração que para um indivíduo adotar medidas visando evitar doenças, ele necessariamente precisa acreditar em três aspectos: a) que ele é susceptível à doença; b) que a ocorrência da doença deverá acarretar pelo menos alteração moderada em alguns componentes de sua vida; c) que a tomada de determinada ação deveria de fato ser benéfica, reduzindo sua susceptibilidade à referida condição ou, se a doença ocorreu, reduzir sua gravidade, desvinculando-se de barreiras psicológicas importantes tais como custo, conveniência, dor, embaraço.

Publicado por Rosenstock (1966), este modelo teórico explica a ação preventiva, tentando especificar as variáveis que parecem contribuir para se compreender o comportamento na saúde.

Conforme referem Maiman; Becker (1974), este modelo apresenta como objetivo a diminuição da susceptibilidade e severidade; como estimativa individual de probabilidade de sucesso, os autores citados apontam a percepção de benefícios menos barreiras. Como variável motivacional destacam-se o estímulo para a saúde e, como conseqüências do modelo, a disposição para agir. Assinalam ainda a susceptibilidade versus a severidade (benefícios x barreira) como as proposições básicas do modelo.

O cerne básico do modelo refere-se à crença de que toda conduta é motivada. A partir desta compreensão esperam poder entender e controlar o comportamento humano, identificando as suas motivações.

Rosenstock (1974a) procede a uma revisão do MCS aplicado ao comportamento preventivo e destaca os conceitos referentes aos diferentes

comportamentos que genericamente são denominadas comportamentos de saúde, ou seja:

- Comportamento na saúde é definido como “qualquer atividade empreendida por uma pessoa que acredita estar saudável, com o propósito de prevenir doenças ou de detectá-las em um estágio assintomático”.
- Comportamento frente aos sintomas é “qualquer atividade empreendida por uma pessoa que se sente doente, com o propósito de definir seu estado de saúde e de descobrir o remédio adequado”.
- Comportamento na doença refere-se à “atividade empreendida por aqueles que se consideram doentes, com o propósito de curar-se”.

As distinções entre os comportamentos são importantes, principalmente quando se levam em conta as diferentes concepções inerentes a cada situação. Os três comportamentos, entretanto, não são mutuamente exclusivos e nem necessariamente conseqüentes.

O MCS tem sido amplamente utilizado nas pesquisas realizadas por médicos, psicólogos, enfermeiros e profissionais da saúde, enfocando diversas temáticas e dentre eles a aids. Dela Coleta (1995) apresenta uma vasta revisão da literatura feita sobre a temática.

3.2 Dimensões do modelo de crenças em saúde

Para Rosenstock (1974b), o MCS é composto basicamente por quatro dimensões: susceptibilidade percebida, seriedade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas (Figura 1).

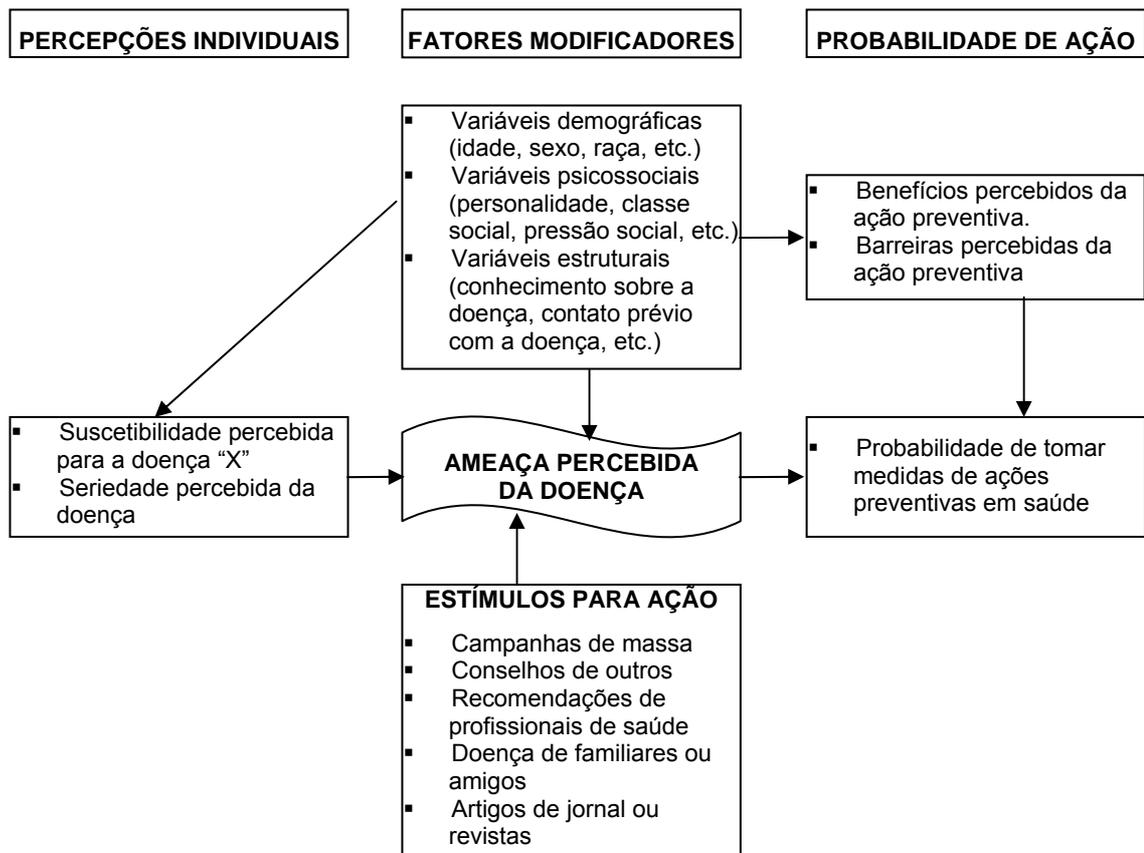


Figura 1 – “Modelo de crença em Saúde”, como determinante do comportamento preventivo em saúde (ROSENSTOCK, 1974, p.330)

A **susceptibilidade percebida** refere-se aos “riscos subjetivos de contrair uma doença”, ou vivenciar uma condição.

A variação é muito ampla no que diz respeito à aceitação e ao entendimento dos indivíduos acerca de sua susceptibilidade a uma determinada situação. Ou seja, as pessoas podem descartar quaisquer percepções de risco, crer em determinadas possibilidades de risco ou expressar sentimento de que se percebem em risco real de contrair a doença.

Uma outra variável que integra o modelo é a percepção da **seriedade** de uma determinada concepção de saúde.

O grau de seriedade ou gravidade pode ser avaliado tanto pelo grau de estimulação emocional criado pelo pensamento de uma doença, bem como pelas diversas conseqüências biológicas, sociais, emocionais que esta doença poderá acarretar.

Esta percepção também varia de pessoa a pessoa, podendo a dimensão do problema ser considerada em termos de incapacidade física ou mental, temporária ou permanente, bem como de sua mortalidade. Portanto, o termo seriedade da doença empregado no modelo é abrangente e extrapola a simples gravidade clínica da doença, pois traz implicações familiares, financeiras, profissionais.

Assim, uma pessoa pode não considerar que a tuberculose seja clinicamente séria, mas pode acreditar que a sua ocorrência seja séria se provocar problemas psicológicos e econômicos na família.

A susceptibilidade e a seriedade percebida têm um forte componente cognitivo e estes estão no mínimo parcialmente vinculados ao grau de conhecimento.

A aceitação da susceptibilidade a uma doença percebida como séria proporciona o potencial para ação; define-nos, entretanto, a trajetória a ser seguida.

A direção a ser assumida é influenciada por crenças relativas à efetividade das ações, ou seja, das alternativas disponíveis e conhecidas para se reduzir a ameaça de doenças a qual o indivíduo percebe-se sujeito, bem como valorizar os benefícios acarretados.

Assim, **benefícios percebidos** referem-se à crença na efetividade da ação e na percepção de seus resultados positivos.

Vale ressaltar que uma alternativa é provavelmente vista como benéfica se ela tem relação com a redução da susceptibilidade ou seriedade de uma doença, sendo as crenças influenciadas por normas e pressões sociais. Elas podem ser, sobretudo

conflitantes.

Por exemplo, com referência a enfrentar os sintomas sugestivos de câncer a pessoa pode refletir e estabelecer um conflito entre um forte sentimento de susceptibilidade a uma doença séria e, deste modo, uma determinada ação poderá ser efetiva para reduzir a ameaça à doença e uma real convicção de que não há métodos eficazes de prevenção e/ou controle.

Assim, estes aspectos negativos da ação em saúde, avaliados em termos de custo, esforços empreendidos, caracterização invasiva dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, vivências, dor, insatisfação, aborrecimentos, constituem **barreiras percebidas** para a ação das quais emanam determinantes conflitantes de prevenção.

Portanto, os níveis associados da susceptibilidade e severidade proporcionam energia ou força para agir e a percepção dos benefícios, com eliminação das barreiras, proporcionam um caminho preferido de ação.

Além do mais, a associação susceptibilidade e seriedade atinge níveis de intensidade consideráveis, sem resultar necessariamente em ação. Nesse sentido, ressaltam-se os componentes internos que dizem respeito ao indivíduo, como por exemplo, um sintoma, e os fatores externos às relações interpessoais, reações sociais, o impacto da mídia, enquanto elementos que podem funcionar como estímulos aliciadores de ações.

Ainda compõem o MCS as variáveis demográficas, sócio-psicológicas e estruturais abordem tanto as percepções individuais de ações preventivas como aos benefícios percebidos destas ações.

Com suas variáveis demográficas, psicossociais, cognitivas e motivacionais, o MCS representa uma alternativa importante para os estudiosos que visam pesquisar

ou intervir em saúde, proporcionando à população alvo oportunidades de sensibilização sobre seus comportamentos em saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Identificar e analisar as informações e as situações de risco de estudantes de nível médio da cidade do Lubango, Angola – África, sobre as infecções sexualmente transmitidas e aids baseados no Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock (1974 b).

4.2 Objetivos específicos

- 1- Identificar as informações que os estudantes têm sobre o modo de transmissão e as medidas preventivas referentes às infecções sexualmente transmitidas e aids, baseadas no Modelo de Crenças em Saúde.
- 2- Identificar situações de risco entre os estudantes referentes às infecções sexualmente transmissíveis e a infecção pelo HIV.

4.2 Finalidade

Propor o planejamento de um programa educativo de prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis/aids, para os estudantes de nível médio da cidade de Lubango, Angola - África, para suprir as necessidades identificadas por meio da aplicação do Modelo de Crenças.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo transversal desenvolvido na cidade de Lubango, República de Angola, África, junto a escolas de nível médio dessa localidade, ou seja, Escola Técnica Profissional de Saúde (ETPS), Instituto Médio Normal de Educação (IMNE) e Instituto Médio de Economia do Lubango (IMEL).

5.2 Local do estudo: caracterização das escolas

Participaram do estudo três escolas públicas de nível médio da cidade do Lubango, República de Angola, ou seja, Escola Técnica Profissional de Saúde (ETPS) de formação de técnicos de enfermagem, cuja duração do curso é de 2 anos e seis meses; Instituto Médio Normal de Educação (IMNE) de formação de professores, curso de 4 anos e o Instituto Médio de Economia (IMEL) de formação de técnicos da área de economia, curso de 4 anos.

As escolas em referência são instituições públicas do sistema angolano de educação e funcionam em três períodos, ou seja, manhã, tarde e noite, com exceção da Escola Técnica Profissional de Saúde que está aberta apenas nos turnos da manhã e tarde.

5.3 População e amostra

A população foi constituída pelos estudantes das três escolas de nível médio da cidade de Lubango, Angola, tanto do sexo masculino como do feminino, que foram inclusos no estudo com base nos seguintes critérios: pertencer às escolas de nível médio, estar presente no momento da investigação, aquiescer em participar do estudo e constar da listagem dos alunos sorteados para o estudo.

Inicialmente, solicitamos a direção das escolas a listagem de todos estudantes matriculados nas diversas séries. De posse dela, foi feito o cálculo do tamanho da amostra através do programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 10. 0. Assim, a população do estudo constituiu-se de 385 estudantes pertencentes a três escolas, ou seja, 10% do total da população das referidas escolas. Foram excluídos 2 estudantes, considerando que tinham preenchido apenas os dados de identificação, faltando informação consistente para sua inclusão no estudo.

5.4 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, obtendo parecer favorável, conforme consta no Protocolo nº 0397/2003 (Anexo A).

Para coleta dos dados, o pesquisador solicitou permissão aos responsáveis pelas escolas e, ao mesmo tempo, foi garantido o anonimato aos participantes e o caráter sigiloso dos dados.

5.5 Coleta e organização dos dados

Para a coleta de dados o pesquisador utilizou um roteiro semi-estruturado, elaborado especificamente para esta investigação (Anexo B), o qual foi submetido à apreciação de três juízes com experiência em estudos nesta área, para validação quanto à forma e conteúdo. As sugestões fornecidas pelos juízes foram acatadas, fazendo parte do instrumento definitivo. Após validação, foi realizado um teste piloto entre estudantes em uma das escolas para certificação da pertinência entre os objetivos e os procedimentos metodológicos propostos. Assim sendo, o instrumento definitivo constituiu-se de quatro blocos principais: características sócio-demográficas dos alunos (sexo, idade, estado civil e ocupação); práticas e/ou hábitos sexuais; percepção de risco de se adquirir a infecções sexualmente transmissíveis/ aids e informações acerca das IST/ aids.

A coleta, propriamente dita, foi feita com pequenos grupos, quando os estudantes responderam individualmente e de forma espontânea ao questionário, após explicação dos objetivos da investigação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no estudo. Os sujeitos que não estavam presentes no momento da coleta foram substituídos por outros com o mesmo perfil, ou seja, mesmo sexo e série. O trabalho de coleta dos dados foi realizado no período de Maio a Junho de 2004, conduzido em salas de aula, com pequenos grupos nos horários da manhã, tarde e noite, em momentos em que os estudantes não tinham aulas. A duração do preenchimento do questionário variou entre 45 a 60 minutos com a média de 50 minutos.

O trabalho de coleta de dados foi facilitado pelos responsáveis pela área pedagógica, que mobilizaram a equipe de professores para que o pesquisador tivesse livre acesso aos estudantes selecionados para o estudo nos três turnos.

No final do preenchimento do questionário, alguns estudantes verbalizaram que o mesmo era extenso, mas de grande importância para estudo.

A principal dificuldade encontrada durante a coleta dos dados, foi a demora na publicação das listas dos estudantes após o anúncio oficial da abertura do ano letivo, influenciando na programação das atividades de coleta dos dados.

5.6 Procedimento de análise dos dados

Os dados quantitativos foram codificados e registrados em uma base de banco de dados do Programa Excel versão Office 2000 da Microsoft. Para o tratamento e análise, os dados foram transportados para o programa EPI INFO versão 6.04 b, utilizando-se o recurso do módulo Analysis.

A análise qualitativa teve como fio norteador o referencial teórico do Modelo de Crenças em Saúde (MCS), preconizado por Rosenstock (1974 a, b).

Os dados foram organizados utilizando-se o Método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”(BARDIN,1977).

Quanto às técnicas de análise, estas auxiliam no detalhamento e na ordenação da aplicação das etapas e por meio delas podemos encontrar um rumo em meio ao caos que se forma, haja visto a grande quantidade de informações obtidas com análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e a

interpretação.

As falas dos estudantes foram analisadas com base na técnica de análise de conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que fazem parte da comunicação e cuja frequência tem algum significado para os objetivos propostos para este trabalho.

Quanto à pré-análise, esta é a fase de organização propriamente dita. Esta primeira fase, geralmente, possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação final.

Baseado neste método, desenvolvemos a pré-análise dos dados através da leitura flutuante, estabelecendo contato com os instrumentos de coleta de dados e obtendo as primeiras impressões.

Estabelecemos a escolha dos documentos de análise à priori, demarcando o universo a ser trabalhado, do qual faziam parte os instrumentos de coleta de dados a que se submeteram os alunos. Com o universo demarcado (gênero de documentos) já pudemos iniciar a análise, mas às vezes é necessário elaborar a constituição de um corpus. O corpus é um conjunto de documentos que deve ser submetido aos procedimentos analíticos e a sua constituição e implica, muitas vezes em escolhas, seleções e regras, tendo Bardin (1977, p. 97-98), estabelecido como principais regras:

Regra da exaustividade: uma vez definido o campo do corpus, é preciso ter em conta todos os elementos desse corpus. Esta regra é completada pela não seletividade.

Regra da representatividade: A análise pode efetuar-se numa amostra desde que o material a isso se preste. Nem todo material de análise é susceptível de dar lugar a uma amostragem, e, nesse caso, mais vale abster-nos e reduzir o próprio universo, se este for demasiado importante.

Regra da homogeneidade: Os documentos retidos devem ser homogêneos, quer dizer, devem obedecer a critérios precisos de escolha e apresentarem demasiada singularidade fora dos critérios de escolha.

Regra de pertinência: os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponder ao objetivo que suscita a análise.

Sendo assim, a constituição de *corpus* de análise não se referiu à seleção dos documentos, mas a manutenção dos documentos estabelecidos *a priori*, ou seja, todos os instrumentos contidos na amostra.

Os objetivos já haviam sido estabelecidos, por isso a análise foi feita “às cegas” e sem idéias pré-concebidas, pois não é obrigatório ter-se como guia um *corpus* de hipóteses, para proceder à análise.

A referenciação dos índices procede à construção dos indicadores, e devendo determinar a realização de operações de pré-análise de recorte do texto em unidades comparáveis de *categorização*, para análise temática e de modalidade de *codificação* para o registro dos dados.

... a categorização é um procedimento de separação de elementos componentes de um todo, por diferenciação e por reagrupamento mediante os critérios estabelecidos. As categorias são classes que reúnem um conjunto de elementos (unidades de análise) sob um título genérico. Esse agrupamento é feito considerando-se os aspectos comuns dos elementos. Os critérios para a categorização podem ser semântico ou temático, quando o agrupamento contempla temas com significados semelhantes; léxico, referente à classificação das palavras, considerando-se os significados; sintático que congrega os verbos e adjetivos e expressivos que classificam os vários ruídos da fala (GIR, 1997, p. 14).

Por enumeração temática, é possível levar a cabo, num texto, o levantamento das atitudes (qualidades, aptidões), psicológica aconselhada ou desaconselhada, quer o leitor deve atualizar ou afastar de modo a poder chegar aos seus fins. Contam-se, assim, em cada unidade de codificação (neste caso, cada frase), a qualidade ou o efeito presentes (BARDIN, 1977, p. 108-116).

Nas categorias semânticas ou temáticas, as falas compuseram cada categoria, apresentando significados semelhantes, porém com conotações distintas, complementares ou até mesmo contraditórias. Assim, definimos, após o término da etapa, qual seria o nome de cada categoria.

Demos início à segunda fase com a exploração do material. Selecionados as

unidades de análise contidas em cada questão do instrumento de coleta de dados atribuindo-lhe codificação, tendo a definição dos códigos seguida à temática.

Os dados foram organizados, utilizando o Método de análise de Bardin (1977) e a interpretação deu origem às categorias e subcategorias, analisadas com base no referencial do Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock (1974 a, b).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização sócio-demográfica

Participaram desse estudo 385 estudantes do ensino médio das três escolas públicas do município do Lubango, Angola, África, cujos dados sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil e ocupação) estão reunidos na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes das escolas de ensino médio (n = 385), segundo sexo, idade, estado civil e ocupação, Lubango – Angola, África, 2004

Variável	Classe	nº	(%)
Sexo	Feminino	196	50,9
	Masculino	189	49,1
Idade (anos)	13 a 17	117	30,4
	18 a 22	163	42,3
	23 a 27	46	11,9
	≥ 28	48	12,5
	Não informaram	11	2,9
Estado Civil	Solteiro	323	83,9
	Amasiado	31	8,1
	Casado	23	6,0
	Divorciado	2	0,5
	Viúvo	2	0,5
	Não informaram	4	1,0
Ocupação	Apenas Estudante	238	61,8
	Funcionário Público	70	18,2
	Desempregado	43	11,2
	Trabalhador Setor Privado	24	6,2
	Autônomo	6	1,6
	Não informaram	4	1,0

Quanto ao gênero, 196 (50,9%) eram do sexo feminino e 189 (49,1%) do sexo masculino.

A idade dos estudantes variou de 13 a 45 anos, com média de 21 anos (Desvio Padrão =6,2 anos). A maioria encontrava-se na faixa etária de 18 a 22 anos (42,3%) seguida pela faixa de 13 a 17 anos (30,4%).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos estudantes era solteiro (83,9%), seguido por amasiado (8,1%) e casado (6,0 %).

Quanto à ocupação, 61,8% mencionaram que eram apenas estudante, seguido por funcionário público (18,2%) e desempregado (11,2%).

6.2 Características das práticas sexuais

Os dados sobre as práticas sexuais dos sujeitos foram importantes na identificação de situações de risco para as infecções sexualmente transmitidas e aids.

Quando interrogados se já tiveram experiência sexual, 298 (77,4%) estudantes responderam afirmativamente, portanto os demais, 87 (22,6%), mencionaram nunca terem tido experiência sexual.

Sendo assim, apresentaremos os dados dos 298 participantes sexualmente ativos, nesta parte sobre as características das práticas sexuais.

Estudos semelhantes realizados no Brasil mostraram que de 65,9% a 86,3% do grupo de estudantes pesquisados eram sexualmente ativos (SANCHES, 1999; FERES et al., 2001).

Pesquisa realizada na Nigéria revelou que 55,1% dos estudantes universitários referiram terem tido experiência sexual com média de 16,5 anos de idade, apenas 39% usaram o preservativo na última relação sexual, enquanto que 34,3% usaram regularmente o preservativo e a média de parceiros sexuais foi de 3,4 (ADEMOLA et

al. , 2000).

É importante destacar que os 77,4% sujeitos sexualmente ativos participantes desse estudo, nos permitiram acreditar na possibilidade de ter havido relações sexuais com múltiplos parceiros e muitas vezes sem o uso do preservativo, considerando a frequência das práticas sexuais e as características da própria sexualidade dos jovens.

Ao serem questionados sobre a idade com que se iniciaram na vida sexual, 265 (88,9%) dos estudantes mencionaram a idade da primeira experiência sexual e 33 (11,1%) deixaram de responder esse item. A faixa etária de início da atividade sexual variou de 7 a 26 anos, com média de 16 anos. Para os participantes do sexo masculino variou entre 7 e 22 anos com média de 15 anos de idade, enquanto que para as meninas variou de 10 a 26 anos com média de 17,4 anos de idade.

Chama-nos a atenção a precocidade do início da vida sexual de alguns estudantes do sexo masculino quando 34 (11,4%) deles, iniciaram a sua prática sexual entre 7 e 13 anos de idade. Para as do sexo feminino, o início ocorreu mais tardiamente, sendo que apenas 4 (1,3 %) tiveram a sua primeira experiência sexual nessa mesma faixa etária (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos estudantes sexualmente ativos das escolas de ensino médio, segundo a idade de início da prática sexual e sexo, Lubango – Angola, África 2004

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	n°	(%)	n°	(%)	n°	(%)
7 a 13	34	11,4	4	1,3	38	12,7
14 a 17	88	29,5	54	18,1	142	47,6
18 a 22	28	9,3	55	18,4	83	27,8
23 a 26	-	-	2	0,6	2	0,6
Não informou	22	7,3	11	3,6	33	11,0
Total	172	57,7	126	42,2	298	100,0

A adolescência pode ser considerada como um período saudável do ciclo da vida e também uma fase crucial dos indivíduos em termos de formação de conduta e modelos de socialização. É a etapa em que as influências externas adquirem importância progressiva, levando ao aparecimento de comportamentos de risco, como: o início precoce da atividade sexual, o não uso do preservativo nas relações sexuais, uso de álcool e de outras substâncias psicoativas (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1999).

Pesquisa realizada na África do Sul com estudantes universitários no período de 1990 a 2000 mostrou que 50% da população jovem era sexualmente ativa, tendo apresentado como média 16 anos, 10% a 25% dos rapazes tinha 4 parceiros sexuais por ano, entre 50 e 60% dos jovens sexualmente ativos reportaram nunca terem usado preservativo (FISHER; AARO,2003).

Trindade e Bruns (2003), em suas investigações que desenvolveram sobre as práticas sexuais dos rapazes que freqüentavam as escolas de uma instituição pública estadual e uma particular no interior do Estado de São Paulo, encontraram que a maioria, ou seja, cerca de 78% dos rapazes com idades entre 15 e 18 anos, já tiveram experiência sexual, sendo que 28% iniciaram a sua vida sexual com idade entre os seus 9 e 13 anos.

Estudo realizado em Curitiba, Rio de Janeiro e Recife com jovens de ambos sexos, com idades entre 15 e 24 anos apontou que a média de idade da primeira relação sexual foi de 15 anos para os meninos e 17 anos para as meninas (BEMFAM, 1992).

Nos Estados Unidos, 43,1% adolescentes pesquisadas do sexo feminino referiram terem tido experiência sexual com média de idade de 17,6 anos, sendo que 27,7% delas relataram história de gravidez (ALLEN; WHEELER; GROSSKURT,

2004).

Estudo liderado pelo Governo da Venezuela no início da década de 90 mostrou que um quarto dos jovens teve relações sexuais pela primeira vez entre os 10 e 14 anos de idade; outros dois terços haviam se iniciado na adolescência (OPAS/OMS/UNAIDS, 2000).

Outras investigações entre 1990 e 1999, em Barbados, Jamaica e Trinidad e Tobago revelaram que a média de idade para o início das relações sexuais, oscilou entre 13 e 15 anos. A proporção dos jovens do sexo masculino que informou ter tido relações sexuais aos 10 anos de idade foi de 45%, em Barbados, em 1990; de 20% na Jamaica, em 1994; de 21% também na Jamaica no ano de 1996, e de 16% em Tobago, 1999 (OPAS/OMS/UNAIDS, 2000a).

Conforme os dados demonstrados na Tabela 2, verificamos aspectos interessantes a serem destacados com relação à precocidade do início de atividade sexual na pré-adolescência, principalmente nos sujeitos do sexo masculino, chamando a atenção para os pais e educadores para a abordagem de questões fundamentais de sexualidade e prevenção de IST nessa faixa etária.

A realidade nos tem mostrado, que nem sempre eles, estiveram disponíveis e devidamente preparados para abordarem questões de sexualidade dos filhos e/ ou educandos, principalmente quando se trata de pré-adolescentes.

Dai a necessidade de implementação de programas educativos, visto que poderá promover ações que visam orientação, informação, esclarecimentos e desenvolvimento de habilidades específicas para o exercício de uma sexualidade mais consciente e responsável.

O início precoce da atividade sexual, principalmente na pré-adolescência, não constitui um resultado surpreendente, pois encontramos na literatura revelações

importantes sobre conduta sexual nessa faixa etária.

Segundo Constantine e Martinson (1984), a pré-adolescência é considerada como o período compreendido entre os 8 e 12 anos e , é uma época de preparação, onde ocorrem mudanças sexuais, psicológicas e sociais que são essenciais para a transição para a fase adulta. Entre os meninos pré-adolescentes, a masturbação é mais freqüente que a própria experiência heterossexual. A ocorrência da primeira copulação entre os 10 e 14 anos não é rara. Aos 12 anos, cerca de um em cada quatro ou cinco meninos pré-adolescentes, pelo menos já tentou ter relação sexual com alguém do sexo oposto e mais de 10% tiveram a sua primeira relação heterossexual.

Nas culturas com grande influência religiosa, os pais ainda promovem entre os filhos o ideal de atrasar o início das relações sexuais até o casamento e, depois ter um único parceiro por toda vida, isto se dá mais no caso das meninas. Há provas evidentes de que existe um hiato entre esse “ideal” e a realidade dos jovens; não obstante a cultura sexual e social, predominantemente conservadora, tem criado dificuldades para enfrentar a situação real. Como resultado, os jovens são privados de informação e serviços que necessitam para se protegerem do HIV (OPAS/OMS/UNAIDS, 2000).

O resultado do início precoce da vida sexual dos jovens também reforça a idéia de que os programas de prevenção das IST /aids e de ações de educação sexual deveriam ser implementados na comunidade escolar, principalmente no ensino fundamental, com vista à promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis.

Na questão referente à freqüência das relações sexuais, obtivemos que entre os 298 sujeitos sexualmente ativos, 43 (14,4%) deixaram de responder esse item grande parte dos sujeitos pesquisados tem vida sexual ativa atual, com freqüência

de relação que variou entre diariamente a três vezes ao mês (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos estudantes sexualmente ativos das escolas de ensino médio, segundo a frequência das relações sexuais, Lubango – Angola, África, 2004

Frequência das relações sexuais	nº	(%)
Todos os dias	3	1,0
Uma vez na semana	49	16,4
Duas vezes na semana	41	13,8
Três vezes na semana	31	10,4
Uma vez ao mês	72	24,2
Duas vezes ao mês	29	9,7
Três vezes ao mês	16	5,4
Menos de uma vez ao mês	14	4,7
Não informou	43	14,4
Total	298	100,0

Um total de 72 (24,2%) alunos referiu ter tido relação sexual uma vez ao mês, seguida de 49 (16,4%) e 41 (13,8%) estudantes que indicaram a frequência de uma e duas vezes por semana respectivamente.

Bento e Bruno (1999), em pesquisa anterior realizada com estudantes do interior Paulista, encontraram que 19,4% dos sujeitos pesquisados referiram frequência sexual de uma vez por semana e 19,4% mencionaram mais de uma vez semanalmente.

Outras investigações semelhantes realizadas no Brasil revelaram que 26,6% dos meninos e 32,0% das meninas tiveram frequência sexual variando de 1 a 4 vezes por mês (VAL, 2001).

Certamente que o aumento da frequência sexual para os jovens, representa um comportamento de risco, caso esses não pratiquem sexo seguro.

Interrogados sobre o número de parceiros sexuais tidos no mês atual, 195 (65,4%), a maioria respondeu ter tido um parceiro, 18 (6%) mencionaram dois parceiros, sendo que 51 (17,1%) referiram não terem tido parceria sexual no mês

(Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos estudantes sexualmente ativos, segundo o número de parceiros sexuais tidos no mês atual, Lubango – Angola, África 2004

Número de parceiros sexuais	nº	(%)
Nenhum	51	17,1
Um	195	65,4
Dois	18	6,0
Três ou mais	10	3,3
Não informaram	24	8,0
Total	298	100,0

Isolan et al. (2001a), em suas investigações realizadas no Rio de Janeiro com adolescentes, encontraram que 75,5% dos sujeitos pesquisados tinham tido um parceiro fixo, contra 9,2% que referiram múltiplos parceiros.

Resultados semelhantes foram obtidos em estudos anteriores no Brasil, que apontavam o relacionamento fixo entre estudantes (SANCHES, 1999; FERES et al., 2001).

Segundo Isolan et al. (2001), dados da Organização Mundial da Saúde relatam o aumento da freqüência das IST entre adolescentes, sendo que um em cada quatro deles contrai uma IST até a vida adulta. A importância das infecções sexualmente transmitidas na adolescência dá-se pelo aumento da precocidade nas relações sexuais, no aumento do número de parceiros sexuais e na falta do uso constante do preservativo.

No que se refere ao gênero com o qual os estudantes tinham tido relação sexual no mês, 120 (40,2%) sujeitos mencionaram a relação sexual entre homem com sexo oposto e 95 (31,8%) responderam relação sexual mulher com sexo oposto. No entanto, destacamos que 80 (26,8%) participantes não informaram o gênero da parceria sexual e apenas 3 (1,0%) responderam ter tido relação sexual

com ambos os sexos. Este resultado evidencia o predomínio da heterossexualidade em 82%, dos alunos investigados.

Chamou-nos atenção o fato de 26,8% dos participantes deixarem de responder esse item e apenas 3 estudantes referiram ter tido relação sexual com ambos sexos. Este aspecto nos leva a pensar se a omissão da resposta pode estar relacionada com a homossexualidade e/ ou preconceito.

Apesar da homossexualidade ser um fato na África, ainda não é aceito por algumas culturas africanas, como expressão normal da sexualidade humana, devido ao preconceito, como pretexto de preservação de valores morais e culturais.

Feres et al. (2001), em trabalhos anteriores com estudantes universitários no Brasil, encontrou que 95,6% dos sujeitos pesquisados referiram ter tido relação heterossexual enquanto que o restante era dividido em homossexuais e bissexuais.

Estima-se que 85% de adolescentes e adultos com HIV no mundo adquiriram a infecção sexualmente (75% através do coito heterossexual, 10% coito homossexual), 10% pelo uso de drogas injetáveis e 5% pelo sangue contaminado (UNAIDS, s/d. apud RUTHERFORD, 1997).

Cerca de 70% dos casos de transmissão do vírus HIV, ocorre através do contato sexual, estando relacionado às características do parceiro, número de parceiros e ao tipo de prática sexual (YAZZLE; DUARTE; GIR, 1999).

Portanto, o contato heterossexual sem o uso do preservativo, constitui prática sexual de risco para contrair infecções sexualmente transmitidas e gravidez indesejada.

Segundo Fauci e Lane (2002), embora aproximadamente 42% das novas infecções pelo HIV, nos EUA, ocorram entre homossexuais masculinos, mas a transmissão heterossexual configura-se como o modo mais comum de infecção no

mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento.

De acordo com Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2004a), 45% de todos os casos de aids reportados nos Estados Unidos da América, no ano de 2000, ocorreram entre jovens mulheres com idades entre 13 e 24 anos, através do contato heterossexual. O grupo de jovens do sexo feminino com idades entre 13 e 19 anos teve uma proporção maior de casos de Aids no mesmo ano, cerca de 61% contra 39% do sexo masculino.

Um estudo prospectivo de 10 anos sobre transmissão heterossexual do HIV nos Estados Unidos da América, mostrou que a transmissão homem-mulher foi de aproximadamente 8 vezes mais eficaz que da mulher para o homem, diferença provavelmente devida em parte à exposição prolongada da mucosa vaginal e cervical, assim como do endométrio ao líquido seminal infetado (FAUCI; LANE, 2002).

Estima-se que cerca de 50% de adultos que vivem com HIV no mundo são mulheres, 75% desses são jovens do sexo feminino da África Subsaariana na faixa etária entre 15 e 24 anos. A vulnerabilidade feminina tem sido associada com o matrimônio e as relações sexuais monogâmicas de longo prazo sem proteção e a utilização do sexo não seguro como mercadoria para aquisição de produtos básicos em países pobres (ONUSIDA, 2005).

As mulheres são fisicamente mais vulneráveis a infecção pelo vírus HIV do que os homens, e, durante a relação sexual é duas vezes mais provável que ocorra a transmissão do homem para a mulher do que o inverso (ONUSIDA, 2005).

Estudo sobre comportamentos de risco e autopercepção de vulnerabilidade as IST /aids realizado no Brasil com mulheres de 15 a 49 anos, revelou que 65% das mulheres achavam impossível ou quase impossível adquirir IST/aids. Os principais

comportamentos de risco encontrados demonstram que 72% não usaram preservativo na última relação sexual (SILVEIRA; BERIA; HORTA, 2002).

Esses dados demonstram a importância do modo de transmissão sexual do vírus HIV e da grande vulnerabilidade feminina, chamando atenção para a prática do sexo seguro.

Quando interrogamos os sujeitos sobre qual foi o tipo de prática sexual e a frequência do uso da camisinha nas relações sexuais tidas no mês, 73 (24,4%) referiram ter praticado sexo oro-vaginal, seguidos de sexo somente vaginal 67 (22,4%) e 26 (8,7%) mencionaram sexo vaginal e anal. Um total de 65 (21,8%) participantes deixou de responder este item.

Uma pesquisa realizada com alunos em São Paulo mostrou que 94% dos sujeitos referiram prática sexual vaginal e 66,3% mencionaram oral e vaginal (BENTO; BUENO, 1999).

Quanto à frequência do uso da camisinha nas relações sexuais tidas no mês, obtivemos que um total de 122 (40,9%) sujeitos respondeu nunca ter usado preservativo ou usou algumas vezes, contra apenas 77 (25,8%) que referiu o seu uso em todas relações sexuais, os demais 99 (33,2%) não responderam ao questionamento.

Esses achados revelaram comportamentos de risco entre os estudantes pesquisados, com relação à prática sexual sem o preservativo e evidenciam a grande vulnerabilidade dos mesmos para as IST inclusive a aids.

Uma alta proporção de jovens têm tido relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros, colocando esse grupo de população a exposição de risco de contrair as IST, inclusive a aids (OPAS/OMS; UNAIDS, 2000a).

Um estudo realizado em Gana, com 894 estudantes, revelou que 25% dos

participantes tinha experiência sexual, 55,7% referiu não ter usado o preservativo na última relação sexual (ADU, 2003).

Em uma pesquisa com jovens universitários da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1999, encontrou-se que 55,5% dos mesmos informaram nunca ter usado ou usaram raramente o preservativo (SANCHES, 1999).

Esses resultados são relevantes para o nosso estudo, pois indicam que os estudantes estão tendo comportamento sexual de risco e apontam veementemente para necessidade de reforço da informação sobre as IST/aids, abordagem de aspectos relacionados com sexualidade, práticas sexuais seguras e implementação de programas educativos de prevenção dessas enfermidades nas escolas.

Os alunos, ao serem questionados sobre o número de parceiros sexuais tidos no ano atual, a maioria 184 (61,7%) mencionou ter tido um parceiro, 41 (13,8%) destacaram dois parceiros, conforme dados demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das repostas dos estudantes sexualmente ativos das escolas de ensino médio, segundo o número de parceiros sexuais tidos no ano atual, Lubango – Angola, África, 2004

Número de parceiros	nº	(%)
Nenhum	14	4,7
Um	184	61,7
Dois	41	13,8
Três ou mais	22	7,4
Não informaram	37	12,4
Total	298	100,0

Quanto ao gênero com o qual os alunos se relacionaram sexualmente no ano atual, 139 (46,6%) referiram ter tido relação sexual homem com sexo oposto, 96 (32,2 %) mencionaram relação mulher com sexo oposto, 3 (0,9%) com ambos os sexos e 60 (21,2%) não informaram.

Percebemos através dos dados que para os dois gêneros, houve predominância da relação heterossexual.

Questionados sobre as diferentes práticas sexuais tidas no ano atual, obtivemos que 69 (23,1%) estudantes mencionaram ter praticado sexo vaginal; 65 (21,8%) oral e vaginal; 30 (10,1%) vaginal e anal enquanto que 134 (45,0%) não informaram.

O risco de se infectar com o HIV através do contato sexual oral sem proteção é mais baixo que através de um contacto sexual por via anal ou vaginal sem proteção.

Gurman et al. (2004), em sua pesquisa realizada nos Estados Unidos, mostraram que o uso do preservativo variou de acordo com o tipo de prática sexual; apenas 41,3% referiram ter usado o preservativo nos últimos trinta dias quando praticavam relação sexual vaginal; (27,8%) no intercurso sexual anal e oral (4,9%) respectivamente.

Para Yazzle et al. (1999), o sexo anal tem sido uma prática habitual nos diferentes grupos de comportamento sexual uma vez que, dependendo de quem o pratica, é bastante prazeroso, porém, é considerado como prática de alto risco pelas irritações, fissuras até perfurações que pode provocar no reto.

Quanto à freqüência do uso do preservativo nas relações sexuais tidas no ano atual, obtivemos que 154 (51,7%) estudantes referiram nunca ter usado ou usaram algumas vezes, 84 (28,1%) mencionaram ter usado sempre enquanto que 60 (20,1%) não informaram.

Trabalhos anteriores realizados por Sanches (1999) com estudantes do ensino superior das escolas Federais do Rio Janeiro mostraram que cerca de 55,5% mencionaram nunca ter usado o preservativo e 14,8% informaram que usaram raramente.

Cordeiro (1993), em sua investigação nas escolas estaduais do município São Paulo em 1993 encontrou que 75,5% dos sujeitos pesquisados revelaram preocupação quanto à relação sexual inesperada sem o preservativo, porém 67% não usam ou raramente usam o preservativo.

Sendo o contato sexual a principal forma de transmissão do vírus HIV, o uso correto de preservativo de “latex” (condom) é o meio mais eficaz de se prevenir da infecção pelo HIV e tem cerca de 85% a 95% de eficácia de proteção contra a gravidez e IST (DIAS, 2000).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América pela American Foudation for Aids Research (amFAR) têm demonstrado que o uso correto do preservativo masculino e de forma consistente reduz cerca de 85-95% o risco de infecção por HIV e estima-se que nas mesmas condições o preservativo feminino reduz cerca de 94-97% esse risco (THE EFFECTIVENESS..., 2005)

Portanto, os estudantes devem ser sensibilizados quanto ao uso correto do preservativo, pois evita a gravidez indesejada e a infecção pelo HIV dentre outras infecções sexualmente transmitidas.

No que se refere à frequência do uso da camisinha nas relações sexuais com o parceiro fixo 41,2% alunos referiram ter usado algumas vezes o preservativo e 23,4% mencionaram nunca ter usado (Tabela 6).

Ao observarmos a tabela 6, percebemos que 64,8% dos participantes referiram nunca terem usado ou usaram algumas vezes o preservativo quando se relacionaram sexualmente com o parceiro fixo.

Tabela 6 – Distribuição dos estudantes sexualmente ativos das escolas de ensino, segundo a frequência do uso da camisinha com parceiro fixo, Lubango – Angola, África 2004

Uso da camisinha	nº	(%)
Sempre	75	25,2
Às vezes	123	41,3
Nunca	70	23,5
Não informou	30	10,0
Total	298	100,0

Quanto ao tipo de práticas sexuais e a frequência do uso do preservativo com o parceiro fixo, obtivemos que 181 (60,7%) deixaram de responder este item. Um total de 52 (17,4%) sujeitos declaram que praticavam sexo oro-vaginal, 44 (14,8%) sexo vaginal e 21 (7,0%) sexo vaginal e anal. Quanto ao uso de preservativo todos referiram que nunca usaram ou usaram algumas vezes.

Um estudo anterior realizado no Brasil mostrou que 67% dos sujeitos pesquisados referiram que fizeram sexo com seus parceiros regulares nos últimos seis meses, dentre eles 70% declararam uso inconsistente do preservativo (ANTUNES, 2002).

Estudo sobre comportamento de risco e vulnerabilidade às infecções sexualmente transmitidas/aids realizado no Brasil com mulheres de 15 a 49 anos, revelou que 65% das mulheres achavam impossível ou quase impossível adquirir essas infecções. Os principais comportamentos de risco encontrados demonstram que 72% não usaram preservativo na última relação sexual (SILVEIRA; BERIA; HORTA, 2002)

Os resultados de uma pesquisa sobre prevenção e educação em aids realizada no Brasil em 1998, com trabalhadores na faixa de 20 e 49 de idade, a mais atingida pelos casos de aids, mostrou que 85,7% disseram que sabiam explicar o que vem a ser a aids, porém 2,6% explicaram corretamente e 37,7% nunca usaram camisinha

nas relações sexuais, 27% usaram uma vez ou outra com o parceiro fixo (BRASIL, 1998).

A prática sexual sem o uso de preservativo constitui exposição de risco para infecção pelo HIV.

Estudo realizado em São Paulo mostrou que 68% das mulheres pesquisadas referiram terem adquirido a infecção pelo HIV através de seus parceiros fixos e 41,5% não usaram preservativos ou o fizeram de forma inconsistente (SANTOS et al., 2002).

No Suriname, em 1998, uma pesquisa revelou a prevalência da infecção pelo HIV de 18% entre homossexuais masculinos ou homens que fazem sexo com homens (HSH) e uma taxa muito baixa do uso do preservativo, cerca de 60% a 77% dos que tiveram relações sexuais anais com homens nunca haviam usado o preservativo (OPAS/OMS/UNAIDS, 2000a).

Com relação ao uso do preservativo nas relações sexuais tidas com o parceiro não fixo, obtivemos que 98 (32,8%) participantes não responderam esse item. Um total de 114 (38,2%) alunos referiu ter usado sempre camisinha, contra 86 (28,8%) que alegaram nunca terem usado ou usou algumas vezes o preservativo.

Estudo realizado nos EUA, em 1998, concluiu que a consistência do uso do preservativo mudou de acordo com tipo de parceiro sexual; o uso foi mais consistente com novo parceiro e parceiro ocasional do que com o parceiro fixo (MACALUSO et al. , 2000).

Ao analisarmos os dados pudemos perceber que grande parte dos sujeitos referiu ter usado sempre o preservativo nas relações sexual tidas com o parceiro não fixo. No entanto, destacamos o fato de que entre os sujeitos que usaram sempre o preservativo com o parceiro não fixo, 89 (29,8%) foram alunos do sexo masculino

contra apenas 25 (8,3%) do sexo feminino.

De acordo com Hebling et al. (2004) apesar das mulheres terem informação e conhecerem os riscos, não usaram medidas preventivas em relacionamento estável porque não tinham poder de decisão, pelas relações desiguais de gênero e pelas questões relacionadas à infidelidade, sendo apontadas como fatores de risco para disseminação do HIV nas mulheres.

[...] O comportamento sexual responsável se expressa em planos pessoal, interpessoal e comunitário. Caracteriza-se por autonomia, maturidade, honestidade, respeito, consentimento, proteção e busca o prazer e bem estar [...] (OPAS/OMS/MAS, 2000, p. 8).

Quando questionamos os indivíduos pesquisados porque nunca usaram ou usaram algumas vezes o preservativo com o parceiro fixo e não fixo, obtivemos que, para os que tiveram relacionamento com parceiro fixo, 101 (33,8%) sujeitos mencionaram que confiavam no parceiro; 44 (14,7%) praticaram sexo seguro (masturbação); 35 (11,7%) desejavam ter filho e 31 (10,4%) não gostam, respectivamente (Tabela 7).

Com relação ao parceiro não fixo, os motivos mais alegados pelos estudantes foram: 23 (7,7%) mencionaram que confiavam no parceiro; 11 (3,6%) praticaram sexo seguro (masturbação); 11(3,6%) não gostam; 9 (3%) não acreditavam na eficácia e 8 (2,6%) não conseguem negociar com o parceiro (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos estudantes sexualmente ativos (n=298) das escolas de ensino médio, segundo os motivos alegados para o não uso da camisinha com parceiro sexual fixo e não fixo, Lubango – Angola, África 2004

Motivos alegados pelos participantes	Parceiro sexual fixo	Parceiro sexual não fixo
Não gostar	31	11
Não saber usar	6	2
Não acreditar na eficácia	19	9
Confiar no parceiro	101	23
Não conseguir negociar com parceiro	12	8
Achar que não vai adquirir a doença	14	4
Praticar sempre sexo seguro (masturbação)	44	11
Desejar ter filho	35	8
Achar a camisinha grande	4	2
Achar a camisinha pequena	2	1
Não ter condições de comprar	7	2
Outro	-	1

Pelos dados apresentados na tabela 7 pudemos observar que os participantes mencionaram a confiança no parceiro, como motivo importante para o não uso ou uso inconsistente do preservativo, tanto com o parceiro fixo, como com o não fixo.

Para Val (2001), a monogamia mútua para indivíduos soronegativos ao HIV pode ser uma forma de prevenção efetiva, porém, para os adolescentes que estão se iniciando na sua vida sexual, conhecendo vários parceiros, o uso do preservativo torna-se impraticável.

A confiança no parceiro nesse conjunto de estudantes apresenta achados semelhantes aos encontrados por Sanches (1999) em sua investigação com estudantes universitários no Rio de Janeiro, onde 24,5% referiram confiança no parceiro, com alguns discursos que verbalizavam que *“conheciam bem o seu parceiro e seu estado de saúde”*.

Outras pesquisas relataram motivos adicionais alegados pelos jovens como: não esperavam ter a relação sexual, não se preocupavam com isso, incômodo causado pelo preservativo, sendo que 80% desses consideravam a camisinha pouco

eficaz e frágil ou que atrapalha o sexo (FERREIRA, 2000; VERA; PERES; BLESSA, 2002).

Trabalho realizado com estudantes em escolas públicas de São Paulo mostrou que as mulheres indicaram mais dificuldade para negociar o uso do preservativo do que os homens (30% contra 14%) (ANTUNES, 2002).

Para Vera, Peres e Blessa (2002), a maioria das garotas começa a vida sexual perto dos 15 anos de idade e não sabem nada sobre orgasmo; não se masturbam, acham feio, repugnante e muitas delas se preocupam mais com virgindade, consideram a fidelidade muito importante tanto para o homem quanto para mulher.

Concordamos com Lima, Vila e Gastaldo (2004), quando afirmam que os casais considerados estáveis muitas vezes foram ignorados pelas campanhas e programas de intervenção que visavam a prevenção por contato sexual, já que a monogamia “ofereceria” uma maior proteção ao indivíduo e, esta “confiança” pode apresentar variações (de confiança total a ausência de confiança) numa relação de casal.

Um trabalho em São Paulo revelou que as mulheres vêem a possibilidade de infectar-se pelo HIV, caso seu companheiro venha a manter um relacionamento sexual extraconjugal com uma mulher soropositiva, mas o grau de confiança manifestado por elas ao companheiro é tão elevado que elas preferem não se preocupar com a possibilidade de infectarem-se pelo HIV, transmitido via sexual, uma vez que acreditam no relacionamento exclusivo (PRAÇA; GUALDA, 2003).

Portanto, as respostas referenciadas pelos participantes com relação a certas crenças e tabus, como: a confiança no parceiro; “o preservativo diminui o prazer”; a dificuldade de negociação do uso do preservativo entre os casais, principalmente entre as mulheres e seus parceiros, devido à desigualdade de gênero, parece ser

alguns dentre vários fatores, aqueles que têm contribuído para comportamentos de risco para as infecções sexualmente transmissíveis, inclusive à disseminação do HIV.

6.3 Percepção de risco em adquirir infecções sexualmente transmissíveis/aids

Para os dados sobre a percepção de risco e informações sobre IST/ aids, trabalhamos com a população selecionada para o estudo (n=385).

Questionados os alunos sobre a sua percepção de risco em adquirirem IST/aids, obtivemos que 213 (55,3%) alunos responderam que sim; 78 (20,2%) referiram não correrem risco, enquanto que 71 (18,4%) não sabiam afirmar os demais 23 (6,0%) não informaram.

É importante ressaltar que para auto-avaliação de risco, foram definidos parâmetros subjetivos sobre grau de risco, ou seja, (alto, médio, baixo e nenhum risco) ficando a critério dos alunos a auto-classificação de percepção de risco para essas doenças.

Quando analisados os dados, percebemos que 38,4% dos participantes destacaram que corriam alto risco; 20,0% mencionaram baixo risco; 15,8% indicaram nenhum risco, enquanto que 10,6% referiram médio risco, quando perguntamos sobre a percepção de risco dos alunos em adquirirem infecções sexualmente transmitidas (Tabela 8). Dentre os 61 (15,8%) alunos que referiram nenhum risco 21 (34,5%), alegaram ter usado sempre o preservativo; 20 (32,7%) não praticaram sexo; 14 (22,9%) confiavam no parceiro sexual; 6 (9,8%) não informaram.

Tabela 8 – Distribuição dos estudantes das escolas do ensino médio, segundo a sua percepção do grau de risco em adquirir a IST/ aids, Lubango, Angola, África 2004

Grau de risco	IST		AIDS	
	nº	(%)	nº	(%)
Alto risco	148	38,4	158	41,1
Médio risco	41	10,6	27	7,0
Baixo risco	77	20,0	81	21,0
Nenhum risco	61	15,8	61	15,8
Não informaram	58	15,0	58	15,0
Total	385	100,0	385	100,0

Com referência à aids 41,1% dos alunos referiram alto risco para adquirem a doença seguidos de 21,0% que mencionaram baixo risco; 15,8% dos participantes responderam que não corria nenhum risco, enquanto que 7,0% indicaram médio risco (Tabela 8). Dentre os 61 (15,8%) respondentes que mencionaram nenhum risco 25 (40,9%) diferentes justificativas foram atribuídas, ou sejam, alegaram que usavam sempre o preservativo; 18 (29,5%) não praticaram sexo; 14 (22,9%) mencionaram que confiavam no parceiro sexual; 4 (6,5%) não informaram.

Ao analisarmos os dados, percebemos que apesar dos participantes terem referido auto-percepção de risco em contrair IST/ aids, muitos deles revelaram anteriormente práticas sexuais de risco, ou seja, não se protegeram quando se relacionaram sexualmente. Esse resultado é interessante, porque pode estar relacionado com a precariedade da informação sobre a sexualidade e/ ou ter havido barreiras na tomada decisão sobre medidas corretas de prevenção contra as IST/ aids.

Estudo revelou que 42% dos jovens estudantes Israelenses pesquisados declararam estarem ansiosos com a sua susceptibilidade em contrair o HIV (BROOK, 1999).

Val (2001), em pesquisa com estudantes de ensino médio em São Paulo,

encontrou que 30,0% dos sujeitos pesquisados referiram que não tinham nenhum risco em adquirir o vírus HIV.

Investigação desenvolvida com estudantes universitários no Brasil mostrou que cerca de 75,5% dos respondentes acreditavam que a possibilidade de vir a se infectar com HIV é pequena ou nenhuma (SANCHES, 1999).

Segundo Saito (1998) para definir intervenções adequadas na área de prevenção, é preciso ter sempre a possibilidade de risco. O conceito de risco era anteriormente usado apenas do ponto de vista biomédico, estendendo hoje para variáveis sociais e comportamentais.

É evidente que, os próprios comportamentos sexuais dos jovens, como o início precoce da atividade sexual, o não uso do preservativo nas relações sexuais, a subestimação da sua percepção de risco, podem ser alguns dos fatores de vulnerabilidade para IST/ aids.

Os alunos ao serem questionados se alguma vez já contraíram IST, obtivemos que a maioria 345 (89,6%) referiram nunca terem contraído essas doenças, enquanto que 28 (7,3%) participantes responderam que sim. Esses resultados sobre a prevalência de IST entre jovens, foram encontrados em trabalhos semelhantes realizados no Brasil (FERES et al., 2001).

Em um estudo epidemiológico realizado na Costa do Marfim, em 2000, foi encontrada uma prevalência de mais de 10% de IST em mulheres gestantes atendidas na consulta pré-natal (LA RUCHE et al., 2000).

De acordo com Mayaud e Mabey (2004) estima-se que cerca de 75 a 85% dos 340 milhões de novos casos de IST curáveis, ocorrem em países em desenvolvimento, e constitui sério problema de saúde pública. A sua importância tem sido reconhecida, sobretudo com o advento da epidemia do HIV/aids.

As doenças citadas pelos 28 sujeitos que já contraíram IST foram: gonorréia em 14 casos (50,0%); sífilis em 10 (35,7%) e outras em 4 (14,3%).

Estudo realizado na Etiópia revelou que 20% dos jovens do sexo masculino sexualmente ativos referiram ter contraído alguma IST na vida (ALENE; WHEELER; GROSSKURTH, 2004).

Pesquisa realizada em Ribeirão Preto mostrou que dos 207 pacientes atendidos em hospital, 88 tinham episódios de IST, sendo a hepatite B a mais prevalente (33%) seguido da sífilis (30,3%) (GIR et al. 1994).

Petrilli Filho (2004) em sua investigação com jovens do sexo masculino em São Paulo encontrou que 3,5% deles referiram terem sido acometidos por IST, sendo que 2,4 % procuraram tratamento médico.

Um estudo de prevalência de IST em adolescentes institucionalizados na Fundação do Bem-Estar do menor (FEBEM), em São Paulo, mostrou que entre os entrevistados 13% relataram terem contraído alguma IST, sendo que 30% deles citaram a sífilis e 20% a gonorréia (CARVALHO, 1997).

As estratégias básicas para o controle da transmissão das IST e HIV dão-se por meio da informação para a população em geral e pelas atividades educativas que priorizem a percepção de risco, as mudanças de comportamento sexual e na promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização do preservativo (BRASIL, 2000b).

Sobre os locais que buscaram tratamento dessas doenças, os 28 participantes que referiram ter contraído IST apontaram: centro de saúde, 18 (64,2%); posto de saúde, 5 (17,8%); farmácia, 4 (14,2%) e 1 (3,5%) aluno citou amigo. Com relação ao tipo de tratamento realizado, obtivemos que 13 (46%) alunos não informaram. Um total de 8 (28,5%) participantes referiram terem sido tratados com penicilina

procaína; 4 (14,2%) indicaram penicilina benzatina; 2 (7,1%) mencionaram ampicilina e 1 (3,5%) respondeu ter recebido tratamento com gentamicina, sendo que o tempo médio de tratamento referido pelos estudantes foi de 14 dias.

Muitos jovens quando são acometidos por IST não procuram os serviços de saúde devido à vergonha, falta de informação e estigma social com relação a essas doenças, protelando o tratamento até o surgimento de complicações que podem chegar até a vida adulta.

Um trabalho de investigação desenvolvido em Ribeirão Preto mostrou que 59,9% dos estudantes pesquisados afirmaram conhecer alguma IST, sendo a sífilis, a gonorréia, a aids e o cancro mole as mais citadas (MORIYA et al. 1985).

Em pesquisa realizada em Ribeirão Preto, Gir et al. (1991), encontraram como primeira conduta (70,79%), sugerida pelos balconistas de farmácia aos possíveis casos de gonorréia, a indicação de medicamentos, seguida por encaminhamento médico (10,17%).

Quando questionamos sobre o uso atual de drogas ilícitas, identificamos que 128 (33,2%) indivíduos pesquisados não responderam. Um total de 244 (63,3%) alunos referiram nunca ter usado drogas ilícitas, enquanto que 7 (1,8%) afirmaram serem usuários.

Quanto ao uso prévio de drogas ilícitas, obtivemos que 230 (59,7%) participantes responderam nunca ter usado, enquanto que 5 (1,2%) referiram já terem usado. Um total de 150 (38,9%) estudantes deixou de responder esse item.

Ao analisarmos os resultados, identificamos um número pequeno de usuários de drogas injetáveis entre os estudantes, encontramos algumas limitações de dados nessa variável, pelo fato de muitos participantes terem deixado de responder esse item. No entanto, destacamos o fato de termos identificado alguns usuários de

drogas ilícitas nas escolas estudadas.

Um total de 229 (59,5%) dos participantes referiu não ter compartilhado seringas, enquanto que 7 (1,8%) responderam afirmativamente. No entanto, foi constatado que 149 (38,7%) alunos não responderam esse item.

O uso de drogas ilícitas por meio de seringas e agulhas compartilhadas é um fator importante de transmissão do HIV. Seringas e agulhas compartilhadas podem levar à ocorrência de co-infecção pelo vírus de hepatite B e C, além do uso de drogas ilícitas que pode favorecer a atividade sexual não segura. O sangue infectado pode ser aspirado em uma seringa e ser injetado com droga para o próximo usuário, facilitando a transmissão do vírus HIV.

O compartilhamento de material não esterilizado para o uso de drogas injetáveis é uma forma extremamente eficaz para a propagação do HIV. Nos lugares onde esta prática é comum, o vírus pode se transmitido entre usuários de drogas injetáveis (UDI) com uma velocidade incrível.

Em alguns países, observa-se a prevalência do HIV entre esses grupos de população, podendo crescer de forma explosiva em menos de um ano, indo do nada para mais de 50% (OPAS/OMS/UNAIDS, 2000).

Para Sanchez e Ferrian (2004), a Organização Mundial da Saúde considera o uso de drogas lícitas e ilícitas um crescente agravo de saúde pública, tanto acomete os países desenvolvidos como em desenvolvimento, com implicações que se projetam negativamente no âmbito social, econômico e principalmente no aspecto familiar.

Segundo Lima (1998), a faixa etária típica em que ocorre o início de consumo regular/ abuso de drogas para a maioria das drogas é a adolescência e os primeiros anos da segunda década de vida.

De acordo com Guiber (1998), a Organização Mundial da Saúde notificou 1.169.811 casos de aids no mundo em 1995, sendo que 45.425 em São Paulo; desses 1.346 na faixa etária entre 10 e 19, dos quais 58,8% eram usuários de drogas.

Os primeiros estudos epidemiológicos sobre o uso/ abuso de drogas realizados em São Paulo, no ano de 1974, entre estudantes mostraram que cerca de 2 a 10% já haviam experimentado drogas ilícitas, sendo a maconha a principal delas (LIMA, 1998).

Quanto à prevalência de HIV entre usuários de drogas ilícitas, há uma ampla variação nas taxas.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro em 1990 mostrou que entre os 69 usuários de drogas injetáveis testados, foi encontrada a soroprevalência de HIV de 33%. Em 1991, o número cumulativo de indivíduos testados subiu para 107 e a taxa de prevalência foi para 38% (LIMA, 1998).

Corroboramos com Andréa e Brites (1998), quando afirmam que a comunidade escolar, como espaço de socialização dos indivíduos, confere a todos seus integrantes, independentemente da sua inserção profissional, um papel de educador. Pensar numa política de prevenção na escola significa repensar o papel social da escola e conseqüentemente, refletir sobre as responsabilidades dos educadores, e dos próprios alunos.

Assim sendo, entendemos que a problemática das drogas nas escolas, é complexa e, requer um planejamento estratégico que privilegie ações educativas que visem a promoção da saúde e diálogo contínuo entre professores, família, os próprios alunos e equipes especializadas na área. Essas estratégias poderiam ser implementadas nas próprias escolas, através de palestras, debates, relatos de

experiência, entre outras.

Quanto à transfusão de sangue nos últimos dez anos, obtivemos que 329 (85,4%) participantes referiram nunca terem recebido sangue transfundido, enquanto que 11 (2,9%) alunos responderam afirmativamente. Foi constatado que 11,7% dos alunos deixaram de responder essa pergunta.

A transfusão de sangue sem observância de procedimentos técnicos apropriados que assegurem a sua qualidade pode ser um modo importante de transmissão do HIV.

Segundo Rutherford (1997), as estimativas do Programa de AIDS da Organização das Nações Unidas revelaram que ao final de 1996, a transmissão de sangue contaminado esteve associada com mais de 5% de casos de infecção pelo HIV entre adolescentes e adultos em todo mundo.

De acordo com Fauci e Lane (2002) estima-se que desde o final da década de 70 até 1985, quando foi iniciada a triagem obrigatória do sangue doado, estima-se que mais de 10.000 pessoas tenham sido infectadas pelo HIV através da transfusão de sangue e seus derivados nos Estados Unidos. Aproximadamente 8.900 indivíduos que sobreviveram à enfermidade que exigiu uma transfusão de sangue, derivado ou transplante pelos tecidos contaminados pelo HIV desenvolveram aids. Estima-se que de 90 a 100% dos indivíduos expostos a estes produtos contaminados pelo HIV foram infectados.

Um estudo realizado na Nigéria mostrou que 20% dos pacientes HIV positivos tinham história recente de transfusão sanguínea (ILIYASU; AROTIBA; BABASHANI, 2004).

Uma pesquisa que visava determinar a contribuição do sangue nas infecções pelo HIV, em Hospital pediátrico na Nigéria, encontrou que das 18 crianças que

tinham história prévia de transfusão de sangue, 12 (66,6%) eram HIV positivas (ADEJUYIGBE et al., 2003).

Daí que o controle dos doadores de sangue e o cuidado com outros materiais cortantes, como; agulhas, bisturis, transplantes de órgãos é de extrema importância na redução da cadeia de transmissão do vírus HIV e outras doenças.

6.4 Informações acerca das infecções sexualmente transmitidas/aids

Quando interrogados sobre quais infecções sexualmente transmitidas já ouviram falar, 369 (95,8%) respondentes citaram a aids; 367 (95,3%) sífilis; gonorréia 358 (92,9%); 224 (58,1%) hepatite; 47(12,2%) herpes genital; 26 (6,7%) cancro mole.

Através desses resultados pudemos perceber que os participantes já ouviram falar das principais IST tais como: a aids, a sífilis e a gonorréia, mas foi constatado que 41,9% deles nunca ouviram falar de hepatite B como ITS. Sendo muito freqüente a prevalência de IST entre jovens, preocupa-nos saber que apenas 25,7% mencionaram ter ouvido falar de outras afecções transmissíveis via sexual.

Investigação desenvolvida por Crepaldi e Bueno (1997) apontou como as ITS mais comumente conhecidas, a aids, gonorréia, sífilis, herpes e cancro e sendo a aids a mais citada (58,3%), pois a mesma vem sendo divulgada de forma eminente e sistemática nas escolas e na sociedade em geral.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, em 1997, revelou que 95,5% dos adolescentes entrevistados já ouviram falar da aids, 51,6% da gonorréia e 35,7% da sífilis (CHICRAIA et al., 1997).

Em São Paulo, pesquisa mostrou que 99,0% dos alunos entrevistados

referiram a aids como IST mais conhecida, 98,0% gonorréia e 89,0% Sífilis (VIEIRA et al., 2000).

Um trabalho de investigação desenvolvido em 10 escolas do ensino médio do estado do Rio de Janeiro concluiu que 100% dos estudantes pesquisados já ouviram falar da aids, 89% gonorréia, 65% sífilis (TRAJMAN et al., 2003).

Quando avaliamos os conhecimentos dos indivíduos pesquisados sobre quais as infecções sexualmente transmitidas poderiam passar da mãe grávida para o bebe durante a gravidez ou no parto, obtivemos que, 114 (29,6%) respondentes referiram a aids seguidos da sífilis 54 (14,0%); gonorréia 49 (12,7%); hepatite 19 (4,9%); herpes genital (2,0%), enquanto que 108 (27,0%) deixaram de responder.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente metade das pessoas infectadas por HIV no mundo são mulheres e seus filhos. No ano 2003, cerca de 5 milhões de pessoas infectadas, sendo destas 700.000 foram crianças que receberam o vírus por transmissão vertical(mãe-filho), World Health Organization (WHO, 2004).

Ao analisarmos os dados percebemos a precariedade do conhecimento dos alunos sobre a transmissão vertical das IST, visto que obtivemos um percentual pequeno de respostas corretas nesse item e cerca de 27,0% dos participantes não informaram.

A transmissão do HIV da mãe para o filho pode ocorrer durante a gravidez, parto e amamentação. A maior preocupação com prevenção tem sido no momento do trabalho do parto e ao nascimento, quando ocorre de 1 a 2 terços de todos casos de transmissão vertical. Outras opções eficazes são a prática da cesárea antes da ruptura das membranas ou evitar totalmente a amamentação materna, assim como a administração de antiretrovirais nos momentos que se seguem ao parto vaginal com

cerca de 41% a 47% de redução de risco em populações que amamentam e a eficácia aumenta para 63% em seis semanas para a mãe que realiza a profilaxia até ao último mês de gravidez (WHO, 2004).

Em crianças, mais de 90% das infecções ocorrem devido à transmissão do HIV da mãe infectada ao seu filho, antes ou durante o parto ou através da amamentação (PACKHAM, 1995 apud RUTHERFORD, 1997).

Um estudo multicêntrico realizado em vários países de 1991 a 1993, com medicamento antiretroviral denominado AZT (zidovudina), mostrou uma redução de 67,5% na taxa de transmissão do HIV, quando administrado durante a gestação, parto e seis semanas após o parto (CONNOR, 1994 apud AZEVEDO, 2001).

A hepatite B é uma doença causada pelo vírus da hepatite B (VHB). A sua transmissão pode ocorrer por via sexual, exposição percutânea (intravenosa, subcutânea e intradérmica) ou por exposição de mucosas a fluidos corporais infectados (saliva, sêmen, secreções vaginais, no caso da mulher grávida há possibilidade de transmissão vertical (materno-fetal) (BRASIL, 1999).

Constatamos que 227 (59,0%) participantes responderam afirmativamente, quando interrogamos se as IST poderiam facilitar a aquisição da aids, enquanto 99 (25,2%) deles não sabiam afirmar.

Chamou-nos atenção o fato de 25,2% dos participantes terem apresentado dúvidas nesse item. Esse resultado é relevante, pois demonstra insuficiente informação dos alunos sobre infecções sexualmente transmitidas e sua relação com a aids.

Sendo a prevalência das IST muito associada à vulnerabilidade de infecção pelo vírus HIV, constitui preocupação da saúde pública, e, implica na sensibilização dos jovens a adotarem comportamentos sexuais seguros, com vistas a preservar

sua saúde.

De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde, 20% de adultos jovens e adolescentes sexualmente ativos contraem uma infecção de transmissão sexual e, isso se deve à frequência com que se produzem as relações sexuais (OPAS, 1999).

As IST aumentam tanto a susceptibilidade, como a possibilidade de contrair a infecção pelo HIV.

As IST que causam úlceras genitais ou retais como a sífilis, herpes genital tipo 2, cancro mole, podem aumentar o risco de transmissão do HIV. A exposição é de 10 a 50 vezes para a transmissão homem mulher e 50 a 300 vezes para exposição mulher homem. As IST não ulcerosas como a clamídia e a gonorréia têm demonstrado aumentar o risco de transmissão de 2 a 5 vezes (CDC, 2004a).

Portanto, algumas formas viáveis de se evitar a infecção e transmissão do HIV, estão relacionadas com abstenção de relações sexuais (orais, vaginais ou retais), relacionamento sexual estável (a longo prazo) mutuamente monogâmico com uma parceira não infectada e abster-se de compartilhamento de agulhas e seringas usadas.

A maior preocupação dos especialistas de saúde pública está relacionada com a presença de obstáculos sociais e culturais para modificar comportamentos de alto risco, especialmente nos grupos vulneráveis. Também são apontados como preocupação, o crescimento da epidemia da Aids na população jovem; o aumento da prevalência das IST, em especial a infecção pelo HIV, em grupos com acesso limitado à educação em saúde, e aos serviços de assistência sanitária; a contínua vulnerabilidade biológica, social e econômica, assim como o aumento de casos de transmissão de infecções da mãe para o filho (OPAS, 1999).

No que se refere às fontes de informação sobre a aids, obtivemos que 347 (90,1%) respondentes citaram a televisão como principal de meio informação seguidos do rádio 329 (85,4%); amigos 302 (78,4%); livros 287 (74,5%); jornal 254 (65,9%); 74 (19,2%) escola; 35 (9,1%) palestras.

Em trabalho anterior realizado no Brasil, a televisão predominou nas citações, seguida do rádio como fontes importantes de informação de IST/ aids (VAL, 2001; STORCK et al., 2001).

Ferreira, Galvão e Costa (2000) na sua pesquisa realizada no Brasil com adolescentes do sexo feminino com idade entre 11 e 17 anos, encontraram que foram citados como fonte de informação de IST/aids a mãe, professores e amigos.

De acordo com Sanches (1999) estudo revelou que a escola também é uma importante fonte de informação, o que pode incluir a atuação dos professores na orientação sobre aids.

Trabalho desenvolvido em Ribeirão Preto mostrou que os jovens tiveram como principais fontes de informação de infecções sexualmente transmissíveis: os professores, pessoas da família, amigos, médicos e outros profissionais de saúde como balconistas de farmácia (MORIYA et al, 1985).

Por isso, a comunicação entre pais e adolescentes, amigos e professores constitui uma fonte importante de informação e pode contribuir de certa forma para a educação sexual dos jovens.

A grande realidade é que muitas vezes os pais e os professores não estão preparados para abordar questões de sexualidade, ficando os jovens “desinformados sobre como adotar comportamentos sexuais saudáveis”.

Pesquisa do Rio de Janeiro revelou que os adolescentes mencionaram com fonte principal de informação de IST a escola 54,1%; ambulatório 51,6%; televisão

22,3% e amigos 17,2% (CHICRAIA et al, 1997).

Quando interrogados como poderiam evitar a infecção pelo HIV, 310 (80,5%) alunos referiram ter um só parceiro sexual seguido do uso da camisinha 303 (78,7%).

Estudo semelhante realizado por Cordeiro (1993) mostrou que 55,0% dos pesquisados declararam certo grau de descrença da camisinha como meio de se evitar a aids. A fidelidade do homem e da mulher foi considerada como fatores importantes para se evitar a aids.

A fidelidade mútua poderia ser um meio de se evitar a aids, no “ideal” de uma relação monogâmica estável, em longo prazo e com uma parceria não infectada. Na prática, os jovens experimentam e exercem a sua sexualidade sem grande maturidade e responsabilidade. Eles se encontram numa fase de muitas mudanças físicas, psicológicas e até mesmo emocionais, incorrendo a práticas sexuais de risco, tais, como: aumento da freqüência sexual, múltiplos parceiros e o não uso do preservativo. Por isso a fidelidade não é um método eficaz para os jovens se prevenirem do HIV. Portanto, o uso correto do preservativo é indispensável.

No que se refere aos locais onde os sujeitos referiram ter adquirido a camisinha, foram citados, a Farmácia por 347 (90,1%); Centro de saúde 304 (78,9%); Posto de saúde 273 (70,9%); Mercado 83 (21,5 %) e outros 69 (17,9%).

Quando questionamos os estudantes se duas pessoas portadoras do HIV mantiverem relação sexual é preciso usar camisinha, obtivemos que, 115 (29,8%) sujeitos responderam incorretamente e 92 (23,8%) não sabiam afirmar.

Esse resultado mostra claramente a precariedade de informação dos alunos com relação à prática sexual segura dos indivíduos portadores do HIV.

Quando avaliamos os alunos sobre se uma pessoa infetada pelo vírus da aids

poderia não manifestar sinais e sintomas por um período determinado, obtivemos que 311 (80,7%) responderam corretamente, enquanto que 10,1% não sabiam afirmar.

Constatamos nos dados que 328 (85,1%) respondentes afirmaram de forma correta, quando interrogamos se uma pessoa infectada por HIV sem sintomas poderia transmitir para outra através da relação sexual.

Quando interrogados se conheciam alguma pessoa portadora do HIV, obtivemos que um total de 268 (69,6%) alunos afirmaram não conhecer alguém portador, enquanto que 47 (12,2%) estudantes mencionaram o vizinho; 35 (9,0%) referiram o amigo e 21 (5,4%) indicaram o parente.

No entanto destacamos que 268 alunos mencionaram não ter conhecido pessoa portadora do vírus HIV. Esse resultado é preocupante, pois, pode revelar insuficiência de informação sobre aids por parte dos estudantes pesquisados.

Quando questionados os participantes sobre a necessidade de realização de campanhas de educação em saúde sobre IST/ aids, 365 (94,8%), estudantes responderam afirmativamente.

No que se refere aos locais preferidos de realização de campanhas de educação em saúde foram mencionados: veículos de comunicação em massa (televisão, rádio, jornal); seguidos de locais públicos de acesso livre (praças, ruas, mercados, paragens de ônibus) e locais públicos de acesso restrito como (escolas, discotecas, cinemas).

Por isso, as campanhas de educação em saúde para população devem ser incentivadas e, constituem meios importantes de informação e de educação sexual dos jovens.

6.5 Percepção individual de susceptibilidade da doença pelo estudante

Da análise do conteúdo das falas dos participantes, referente a sua percepção quanto ao risco em adquirir infecções sexualmente transmissíveis e aids, obtivemos 751 unidades de registro, que foram alocados em dois temas: percepção de risco e prevenção de doenças (Tabela 9)

Para o tema Percepção de risco, obtivemos um total de 122 unidades de registro extraídas dos depoimentos dos alunos que afirmaram perceberem-se em risco as quais foram analisadas quanto a categoria e subcategoria.

Tabela 9 - Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo a sua percepção de risco em adquirir e de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis/aids, Lubango, Angola - África, 2004

TEMA/Categoria/Subcategorias	nº	%
PERCEPÇÃO DE RISCO/Vulnerabilidade e risco em contrair as infecções sexualmente transmissíveis/aids		
Transfusão sanguínea/material cortante não esterilizado	50	40,9
Não uso ou uso inconsistente do preservativo	31	25,4
Infidelidade do parceiro sexual	22	18,0
Susceptibilidade das pessoas às doenças	19	15,5
Total	122	100,0
PREVENÇÃO DE DOENÇAS/Medidas adotadas para evitar as infecções sexualmente transmissíveis/aids		
Conduta sexual		
Uso do preservativo	246	39,1
Parceria sexual única	131	20,8
Fidelidade ao parceiro	76	12,0
Abstinência sexual	70	11,1
Proteção e redução de risco		
Cuidado com transfusão sanguínea/agulhas e seringas	106	16,8
Total	629	100,0

De acordo com os resultados da Tabela 9, pudemos perceber as justificativas de risco, ou sejam 40,9% dos enunciados dos alunos abordaram risco em contrair doença através da transfusão sanguínea e uso de material cortante (agulhas e seringas) não esterilizado, 25,4% pelo uso inconsistente do preservativo e 18,0%

infidelidade do parceiro sexual.

Algumas expressões freqüentemente encontradas nos enunciados dos sujeitos foram:

*“... às vezes o parceiro não é fiel”(p 2),
“... pode acontecer uma situação de urgência, por exemplo, se estiver inconsciente não irei acompanhar o tratamento a que estarei submetido. No caso de agulhas e seringas... posso contrair o HIV”.
(p 10),
“... ninguém está ausente de ser contaminado” (p 12),
“... às vezes pratico sexo sem camisinha” (p 28),*

Os depoimentos de alguns indivíduos pesquisados revelaram preocupação com o risco de contrair doenças, ou seja, as infecções sexualmente transmissíveis/aids, considerando a sua vulnerabilidade social em relação à transfusão sanguínea e a alguns comportamentos de risco, tais como: o uso inconsistente do preservativo e infidelidade dos parceiros sexuais. Esses resultados chamaram atenção para o melhoramento da qualidade de assistência à saúde da população por um lado; por outro permitiram identificar alguns comportamentos de risco com relação à prevenção da aids. Por isso, a necessidade do reforço da informação através das ações educativas de prevenção é imprescindível.

Essa informação remete-nos a pensar na questão da noção de vulnerabilidade das pessoas em adquirir doenças.

Segundo Ayres (1998, p. 18), a noção de vulnerabilidade,

busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até noções a infecção pelo HIV e as suas conseqüências indesejáveis (doença ou morte).

A noção de vulnerabilidade visa o fornecimento de elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se infectar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de

seu cotidiano considerado relevantes para maior exposição ou menor chance de proteção diante de um problema (AYRES, 1998).

Para este autor, a vulnerabilidade no campo da prevenção do HIV, pode ser dividida em: vulnerabilidade individual, coletiva, social e institucional.

A **Vulnerabilidade individual** relacionada, principalmente, com comportamentos adotados pelo indivíduo que cria oportunidade de se infectar ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas (transmissão sexual, uso de drogas, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Alguns fatores determinam a vulnerabilidade pessoal para infecção pelo HIV, como a falta de informação e de medidas educativas sobre uma forma de transmissão e prevenção, a pouca motivação ou sensibilização pessoal para aceitar certos riscos de infecção, baixo poder de confiança ou auto-estima para adotar medidas preventivas, incluindo mudança comportamental.

A **Vulnerabilidade coletiva**, relacionada tanto do ponto de vista social tanto institucional.

A **Vulnerabilidade social**, relacionada às questões sociais e econômicas que influenciam, de certo modo, o aumento da violência sexual, prostituição e tráfico de drogas, tornando os indivíduos mais vulneráveis.

A **Vulnerabilidade institucional**, refere-se ao desenvolvimento de ações institucionais voltadas para a questão da aids, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e sociedade civil, buscando a integração desses serviços na promoção da saúde do indivíduo.

Situações como a falta de condições de vida, escolaridade, acesso à informação, qualidade de assistência à saúde, práticas sexuais de risco podem ser consideradas fatores de vulnerabilidade.

Concordamos com Ferreira (2003) quando enfatiza que na ótica das políticas de saúde pública para o combate ao HIV /aids é imprescindível conhecer o nível de informação e percepção que a população possui sobre o assunto, dispor de informações sobre seu comportamento sexual, além de conhecer as suas condições de vida.

Para Alquizar, Sales e Chamone (2002), a via parenteral, relações sexuais e a vertical, são as principais formas de transmissão do HIV. A eficácia da transmissão depende da forma da transmissão. A transfusão sanguínea é responsável por 5% dos indivíduos infectados pelo HIV em nível mundial, mas a eficiência de transmissão por esta via é maior que 90%.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde de 1991 revelaram que a eficácia de transmissão por exposição sexual é de 75% , sendo menor que 0,1% para seringas e agulhas (ALQUÉZÁR; SALLES; CHAMONE, 2002).

Quanto ao tema Prevenção de doenças, cerca de 39,1% das expressões indicaram o uso do preservativo, 20,8% mencionaram parceria sexual única, enquanto que 16,8% referiram cuidado com a transfusão sanguínea, agulhas e seringas (Tabela 9).

Algumas medidas de prevenção das IST/aids extraídas nos depoimentos dos informantes podem ser consideradas corretas no caso do uso do preservativo. Porém, percebemos que 20,8% dos enunciados mencionaram parceria sexual única. Entretanto, essa medida só ofereceria proteção, no caso de uma relação monogâmica, em longo prazo e com parceiro sexual não infectado. Acreditamos que a fidelidade ao parceiro sexual (12,0%) não é uma medida de prevenção viável, considerando que o grupo estudado era composto de adolescentes e jovens, cuja sexualidade é caracterizada por práticas sexuais não seguras, como a experiência

sexual precoce e às vezes sem proteção, com o risco de contrair doenças e gravidez não planejada.

A fidelidade ao parceiro sexual tem sido privilegiada e adotada por várias pessoas como medida de prevenção contra o HIV, mas o risco de adquirir doenças é grande, devido à própria infidelidade existente na vida dos casais.

Para tomada de medidas corretas de prevenção das IST/aids, o Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2004a) preconizaram: abster-se de relações sexuais (orais, vaginais ou anais); estar em uma relação estável (a longo prazo), mutuamente monogâmica com uma parceira não infectada; abster-se de compartilhar agulhas e/ ou seringas usadas para medicamentos; para evitar as IST, todos os parceiros devem fazer exames de HIV e outras enfermidades de transmissão sexual; pessoas que querem ter relações sexuais com parceiro, cujo estado de infecção não se conhece, devem usar corretamente o preservativo novo sempre que forem ter relações sexuais com penetração; para os usuários de drogas injetáveis que podem ou não deixarem de se injetar drogas, devem usar agulhas e seringas estéreis uma única vez; as mulheres gestantes devem ser habitualmente aconselhadas e voluntariamente testadas sobre o HIV. O diagnóstico precoce do HIV permite a mulher receber terapias anti-retrovirais eficazes para sua própria saúde e medicamentos preventivos para melhorar as oportunidades do seu filho nascer livre da infecção (transmissão vertical).

Segundo Sten e Drotman (1998), as recomendações para prevenção do HIV abrangem três níveis: sexual, transmissão vertical e parenteral.

No nível sexual recomendam; reduzir o número de infecções sexualmente transmitidas; expandir o número de preservativos; aprimorar as barreiras para as mulheres; tratar com antiretrovirais os pacientes HIV positivos; expandir as

intervenções relacionadas ao comportamento (redução de risco).

Quanto à transmissão vertical, recomendam identificar as gestantes HIV positivas e oferecer cuidados pré-natais e terapia antiretroviral; fornecer cuidados não invasivos pré-natais e intra parto para reduzir a exposição sanguínea; fornecer diagnóstico para as IST; realizar lavagem anti-séptica suave da vagina e recém nascido se houver ruptura prolongada da membrana; realizar cesárea quando indicado.

No que se refere a transmissão parenteral (exposição médica), deve-se fornecer sangue e derivados não contaminados; prevenir disseminação iatrogênica e nosocomial; precauções universais para funcionários; considerar quimioprophilaxias antiretrovirais para exposições de funcionários da área de saúde. Para os usuários de drogas; expandir os programas de prevenção e tratamento de drogas, fornecer programas de reposição de agulhas, incluindo programas de higiene sanitária; minimizar a transmissão sexual.

6.6 Percepção individual da severidade da doença pelo estudante

Quanto à percepção de risco em adquirir IST/ aids, 15 (53,6%) dos 28 enunciados dos estudantes pesquisados identificam como doenças associadas à morte, enquanto que 13 (46,43%) mencionaram doença sem cura.

Essas afirmações são corretas, pois, no caso da aids, até então não existe cura, sendo que as medidas de prevenção cientificamente comprovadas são a única forma de se evitar a doença.

Assim, destacamos algumas expressões freqüentemente encontradas nos enunciados dos participantes:

“... é uma doença que mata, destrói, ceifa vidas”. (p 53),
“... a sida é uma doença sem cura. ” (p 55),
“... Já fui vítima da sífilis em estado adiantado, sem eu saber”. (p 75),

6.7 Conhecimento dos estudantes sobre as infecções sexualmente transmissíveis/aids

Rosenstock (1974b), em sua revisão dos estudos sobre o MCS e prevenção, fez uma análise crítica deste modelo, já que os primeiros estudos não fizeram nenhuma formulação do conceito motivacional. Segundo Antonovsky e Katz (1970), motivação é comportamento orientado para uma meta, isto é, a manutenção da saúde. Para Rosenstock (1974b) os fatores cognitivos do modelo original desempenham um papel um tanto independente, como determinantes do comportamento, contudo a motivação é uma condição necessária para a ação, e os motivos agem seletivamente na determinação das decisões do ambiente pelo indivíduo.

Em artigo publicado em 1966, Kasl e Cobb operacionalizaram a motivação como um estado psicológico de prontidão para a ação específica e também à crença em que um particular curso da ação beneficiará a redução da ameaça, causada pela doença. A variável motivacional não aparece explicitamente no modelo, senão em 1974, na proposta de Becker, Drachman e Kirscht (1974b) referente ao estudo do comportamento na situação de doença, tendo sido o modelo testado neste estudo. Na proposta destes autores, a motivação “se refere a um estado emocional diferenciado causado no indivíduo por algum tipo de estímulo”, sendo medida através de quatro dimensões: ameaça física, controle das questões de saúde, atitude com relação à autoridade médica e interesse a saúde, de modo geral. O referido artigo tem também o mérito de entender este modelo a comportamentos de

saúde na situação de doença.

Em 1975, Becker et al. publicaram estudo sobre aplicação do MCS na detecção da doença de Tay-Sachs, e esta foi, segundo Rosenstock (1974b), a primeira vez que a motivação para a saúde foi introduzida no modelo para explicação de um comportamento preventivo.

A partir destas formulações do modelo, os estudos que seguiram fizeram adaptações para diferentes tipos de comportamentos de saúde, de doenças específicas, de objetivos particulares, incluindo ou não a motivação como uma das dimensões dos modelos propostos (DELA COLETA, 2004).

A partir desses pressupostos, consideramos neste estudo como fatores modificadores, a ameaça física relacionada à percepção de risco em adquirir IST/aids associada à morte e doença sem cura, que poderia ter estimulado os alunos a adotar medidas preventivas, como o uso de preservativos nas relações sexuais, abstinência sexual, parceria sexual única e cuidado com a transfusão de sangue e outros materiais. Assim, considerou-se que a variável estrutural está relacionada ao conhecimento das doenças.

6.7.1 Modo de transmissão das Infecções sexualmente Transmissíveis/aids

De acordo as dimensões do MCS de Rosenstock (1974b), uma das variáveis estruturais se refere ao conhecimento prévio da doença, contacto prévio com a doença, ou seja, quanto maior for o conhecimento dos participantes sobre a doença, maior será a probabilidade de tomar medidas preventivas.

Os dados acerca do conhecimento que os estudantes possuem sobre o modo de transmissão do HIV, hepatite B e sífilis encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10 - Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo os conhecimentos dos modos de transmissão das IST/aids, Lubango, Angola - África, 2004

TEMA/Categoria/Subcategorias	nº	%
CONHECIMENTO SOBRE MODO DE TRANSMISSÃO DO HIV/Vias de transmissão		
Instrumentos cortantes contaminados	254	33,5
Transfusão sanguínea	229	30,2
Relação sexual sem preservativo	218	28,8
Transmissão vertical (mãe-filho)	45	5,9
Compartilhamento de seringas	10	1,3
Total	756	100,0
CONHECIMENTO SOBRE MODO DE TRANSMISSÃO DA HEPATITE B/Vias de transmissão		
Sexual	56	59,5
Transfusão sanguínea	17	18,0
Instrumentos contaminados	11	11,7
Transmissão vertical	10	10,6
Total	94	100,0
CONHECIMENTO SOBRE MODO DE TRANSMISSÃO DA SÍFILIS/Vias de transmissão		
Conduta sexual		
Sexual	241	87,6
Transfusão sanguínea	11	4,0
Instrumentos contaminados	8	2,9
Transmissão vertical	8	2,9
Água contaminada	7	2,5
Total	275	100,0

Ao serem interrogados sobre os modos de transmissão do HIV, obtivemos que 254 (33,5%) unidades de registro extraídas das expressões dos participantes mencionaram instrumentos cortantes contaminados, 229 (30,2%) transfusão de sangue, 218 (28,8%) relação sexual sem preservativo, 45 (5,9%) transmissão vertical.

Apesar dos dados da tabela 10, terem demonstrado conhecimentos sobre os modos de transmissão do HIV, constatamos precariedade de informação em relação à transmissão vertical, apenas 5,9% das expressões indicaram essa via e 1,3% dos informantes mencionaram compartilhamento de agulhas e seringas.

O HIV foi encontrado na maioria dos fluidos corpóreos (sangue, sêmen, fluido

vaginal, linfócitos, saliva, urina, leite, líquor, líquido sinovial, plasma). A concentração do vírus é variável. Há evidências de que a carga viral é maior na época da soroconversão e nas fases tardias da doença. Na prática, a transmissão ocorre pelo contato sexual penetrativo, transfusão de sangue (antes da introdução dos exames para detecção de HIV), compartilhamento de seringas (usuários de drogas e uso terapêutico) e da mãe para a criança, *in útero* e no parto e durante o aleitamento (SPACH; KEEN, 1997; WISDOW; HAWKINS, 1998).

Para Wisdow e Hawkins (1998) a transmissão vertical do HIV ocorre em 13-37% das grávidas sem a intervenção de anti-retrovirais.

Estudo realizado em Botswana em 2003 revelou que 37% das mulheres gestantes foram infectadas pelo HIV (CDC, 2004b).

A prevalência de infecção por HIV em crianças nascidas de mães infectadas varia de 13 a 40%, sendo as crianças com parto sem complicações e as de parto cesárea com menos probabilidade de serem infectadas (BECK-SOQUÉ; LARSSE; RICE, 1997). Para estes autores, em 1993, foram notificados nos Estados Unidos cerca de 5228 casos de aids em lactentes e crianças, dessas mais de 905 adquiriram a infecção pela via vertical a partir de mães infectadas.

Segundo Spach e Keen (1997) o risco de infecção por HIV através da picada de agulha é de 0,3%.

Quanto aos modos de transmissão da hepatite B, obtivemos 94 unidades de registro dos depoimentos dos alunos, dos quais 11,7% mencionaram instrumentos contaminados, enquanto que apenas 10,6% apontaram transmissão vertical (Tabela 10).

Analisando os dados da tabela 10, percebemos que as 94 unidades de registro extraídas das expressões dos participantes representam pouca informação em

relação aos 385 sujeitos pesquisados. Esse resultado demonstra que muitos sujeitos deixaram de responder esta questão. Contudo, os dados revelam alguns conhecimentos sobre os modos de transmissão da hepatite B, porém insuficientes especialmente para a questão da infecção por instrumentos cortantes contaminados (agulhas e seringas) e transmissão vertical.

O vírus da hepatite B está presente em altas concentrações no sangue e exsudatos (vaginais lesões cutâneas). As concentrações moderadas são encontradas no sêmen, secreção vaginal e na saliva. Outros fluidos corpóreos que não contêm sangue ou serosidade, como fezes e urina, são fontes do vírus da Hepatite B (VERONESI, 1997 apud SHAPIRO; ATLER, 1993).

As principais formas de transmissão da hepatite B são: percutânea (uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue, contato do pessoal da saúde com fluídos); sexual (heterossexual ou homossexual masculino); perinatal (mães infectadas a crianças por exposição sanguínea ao nascimento) (SHAPIRO; ATLER, 1997).

O risco de transmissão heterossexual e homossexual da hepatite B está bem documentado. Os parceiros sexuais de indivíduos com a doença aguda ou crônica por hepatite B têm risco substancial de infecção.

Segundo Shapiro e Atler (1997) estudos de pacientes de clínicas de DST mostraram que a prevalência de infecção por hepatite B em homossexuais masculinos é de 3 a 20 vezes maior que em heterossexuais e em doadores de sangue.

Os parceiros sexuais susceptíveis de indivíduos com hepatite B aguda seguidos durante 3 a 12 meses, tiveram risco de infecção de 20-27% (SHAPIRO; ATLER, 1997).

Os alunos ao serem interrogados quanto aos modos de transmissão da sífilis, a

maioria (87,6%) dos depoimentos dos informantes indicaram informação correta, ou seja, transmissão sexual. Entretanto foi observado que apenas 4,0% mencionaram a transfusão de sangue e 2,9% a transmissão vertical (Tabela 10).

Esses resultados permitiram-nos perceber a necessidade do reforço da informação sobre a transmissão vertical da sífilis e de outras IST.

A sífilis é usualmente adquirida por contato sexual, mas as mães podem transmiti-la ao feto através da placenta (sífilis congênita). Ocasionalmente adquirida por vias não sexuais (pessoal médico e de laboratório em contato com pacientes e com o microrganismo, através da transfusão de sangue e, raramente, através de objetos inanimados) (WISDOW; HAWKINS, 1998).

O risco da transmissão vertical da sífilis (sífilis congênita) varia com o estágio da sífilis materna, sendo que em quase 80% dos casos ocorre na sífilis primária e secundária (BECK-SOQUÉ; LARSSE; RICE, 1997).

6.7.2 Complicações das doenças (hepatite B e sífilis)

Da análise das respostas dos estudantes sobre as complicações da hepatite B, extraiu-se 37 (38,9%) enunciados que indicaram a coloração amarelada do corpo e dos olhos; 34 (35,7%) mencionaram fraqueza no corpo; 9 (9,4%) falta de sangue; 8 (8,4%) febre; 7 (7,3%) referiram problemas no fígado, perfazendo 95 unidades de registro.

Quanto às complicações da sífilis, obtivemos 76 (47,5%) das expressões dos participantes que mencionaram infecção nos órgãos genitais; 28 (17,5%) indicaram manchas no corpo; 24 (15%) indicaram coceira no corpo; 17 (10,6%) secreção de pus nos órgãos genitais; 15 (9,3%) mencionaram problemas no coração e no

sistema nervoso, num total de 160 unidades de registro.

Foram constatados alguns conhecimentos sobre complicações da sífilis, tais como, a referência da infecção dos órgãos genitais em 47,5% das expressões; 9,3% problemas no coração e sistema nervoso.

Sobre as complicações da hepatite B, obtivemos pouca informação, apenas 95 unidades de registro, sendo que 38,9% das expressões mais frequentes citaram a coloração amarelada no corpo e nos olhos.

De maneira geral, os informantes responderam de forma espontânea, com base na informação que possuem sobre o assunto. Entretanto, entendemos que esses resultados não foram surpreendentes, considerando a complexidade da abordagem desse tema para o grupo pesquisado.

6.7.3 Medidas de prevenção (hepatite B e sífilis)

As categorias e subcategorias das medidas de prevenção da hepatite B e sífilis estão apresentadas na Tabela 11.

As respostas dos estudantes sobre as medidas principais de prevenção da hepatite B, resultaram em enunciados relacionando a boa alimentação, (21,8%) o uso do preservativo (21,8%) e o cuidado com a transfusão e instrumentos cortantes (20%) (Tabela 11).

Ao analisarmos os resultados do item sobre medidas preventivas para hepatite B, identificamos algumas respostas não corretas, como os que mencionaram boa alimentação e fidelidade ao parceiro sexual.

Tabela 11 - Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo os conhecimentos de prevenção da hepatite B, Lubango, Angola -África, 2004

TEMA/Categoria/Subcategorias	nº	%
CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DA HEPATITE B		
B/Medidas de prevenção da hepatite B		
Boa alimentação	12	21,8
Uso do preservativo	12	21,8
Cuidado transfusão de sangue/material cortante	11	20,0
Abstinência sexual	10	18,2
Fidelidade ao parceiro sexual	10	18,2
Total	55	100,0
CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DA SÍFILIS		
B/Medidas de prevenção da sífilis		
Uso do preservativo	219	55,3
Parceria sexual única	77	19,4
Fidelidade	38	9,5
Abstinência sexual	33	8,3
Cuidado transfusão de sangue/material cortante	22	5,5
Evitar troca de roupa com pessoas infectadas	7	1,7
Total	396	100,0

De acordo com Shapiro e Adler (1997) as medidas de prevenção da hepatite B, englobam a modificação de comportamento para reduzir o risco de infecção, incluindo o uso do preservativo e diminuindo o número de parceiros sexuais; imunização pré-exposição contra a hepatite B (90% de proteção); profilaxia de contatos com indivíduos com infecção aguda com vacina contra a hepatite B e imunoglobulina contra hepatite B.

Quando avaliamos os conhecimentos sobre medidas principais de prevenção da sífilis, 55,3% dos enunciados dos indivíduos pesquisados indicaram o uso do preservativo, 19,4% parceria sexual única, 9,5% citaram a fidelidade ao parceiro, 8,3% abstinência sexual, sendo que apenas 5,5% mencionaram o cuidado com a transfusão de sangue e instrumentos cortantes (Tabela 11).

No item sobre conhecimentos de medidas de prevenção da sífilis, constatamos que as expressões dos informantes demonstraram bons conhecimentos em relação

ao uso do preservativo, mas apenas 5,5% mencionaram a transfusão de sangue, além de algumas medidas subjetivas, tais como a fidelidade e a parceria única. Não foram citadas nenhuma medida para evitar a transmissão vertical, tais como a realização da consulta pré-natal para gestante e o tratamento em caso de doença.

Sendo a sífilis uma doença sexualmente transmitida, o uso do preservativo é importante para evitar a doença, assim como a triagem sorológica e tratamento das gestantes com sífilis.

6.7.4 Necessidade de informação sobre infecções sexualmente transmissíveis/aids

Quanto aos tópicos que sentem necessidade de discutir sobre IST/aids, 35,6% das falas dos alunos mencionaram informação geral sobre IST/aids, 24,7% o uso do preservativo, 23,7% gostariam de saber mais sobre o modo de transmissão dessas doenças (Tabela 12).

Tabela 12 - Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo os tópicos que os participantes desejariam discutir com relação as infecções sexualmente transmissíveis/aids, Lubango, Angola -África, 2004

TEMA/ Categorias/ Subcategorias	n°	(%)
NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO SOBRE IST /aids		
Tópicos a serem discutidos em relação as IST /aids		
Informação geral sobre IST/ aids	36	35,6
Modos de transmissão das IST/ aids	24	23,7
Tratamento	5	4,9
Prevenção		
Uso de preservativos	25	24,7
Abstinência sexual	6	5,9
Organização de palestras	5	4,9
Total	101	100,0

Ao verificarmos os resultados da tabela 12, percebemos que a maioria das

expressões dos sujeitos referiram a necessidade de informações gerais sobre IST/aids e outros assuntos específicos como o modo de transmissão e o uso do preservativo. Esses dados indicam que os alunos necessitam de mais informação sobre as IST/ aids.

Os participantes ao serem interrogados sobre que medidas prioritárias deveriam ser implementadas em Angola para se controlar a epidemia da aids, obtivemos que 49,8% dos enunciados indicaram a organização de campanhas de educação em saúde na comunidade e nas escolas, 32,2% dos depoimentos mencionaram o incentivo ao uso do preservativo e distribuição gratuita de preservativos, enquanto que 14,3% referiram o controle da transfusão de sangue e instrumentos cortantes utilizados nas unidades de saúde (Tabela 13).

Tabela 13 - Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo propostas de medidas de prevenção e controle da aids em Angola. . Lubango, Angola-África, 2004

TEMA/ Categorias/ Subcategorias	n°	w(%)
MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA AIDS EM ANGOLA		
Propostas / medidas de controle da aids em Angola		
Organização de campanhas de educação em saúde /comunidade/ escolas	136	49,8
Incentivo ao uso /distribuição gratuita de preservativos	88	32,2
Controle transfusão de sangue / instrumentos cortantes	39	14,3
Distribuição gratuita dos remédios contra aids	10	3,7
Total	273	100,0

Algumas propostas dos alunos ao serem consideradas positivas, tais como a realização de campanhas de educação em saúde na comunidade e nas escolas, bem como o incentivo e distribuição gratuita dos preservativos, poderão ajudar no planejamento das estratégias de implementação das ações educativas de prevenção das infecções sexualmente transmitidas e aids.

Ainda no âmbito das propostas de medidas de prevenção para o país,

achamos relevante a discussão sobre aspectos de biossegurança, tais como, o controle da qualidade de sangue e derivados, dos instrumentos cortantes usados nas unidades de saúde (seringas, agulhas bisturis, etc.), assim como a abordagem sobre o compartilhamento de seringas entre usuários de drogas ilícitas.

6.8 Probabilidade de ação: relação entre benefícios e barreiras percebidas

Com base nos conceitos de Rosenstock (1974b) acerca dos benefícios percebidos e das barreiras percebidas perguntamos aos estudantes se o uso de preservativo é necessário quando duas pessoas portadoras do vírus HIV mantiverem relação sexual. Obtivemos que 27 (47,3%) enunciados indicaram como benefício o não aumento da carga viral entre parceiros sexuais, 21 (36,8%) para evitar a gravidez, 9 (15,7%) evitar outras IST, perfazendo 57 unidades de registro.

Apesar do limitado número de informações encontradas nas 57 unidades de registro, os participantes demonstraram terem tido conhecimento básico sobre prevenção entre portadores do HIV e reconheceram através das justificativas os benefícios do uso do preservativo.

Da análise de conteúdo das respostas dos estudantes acerca dos fatores que facilitam (benefícios) e que dificultam (barreiras) o uso de preservativo, enquanto medida de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, obteve-se as subcategorias apresentadas na Tabela 14.

Ao serem interrogados sobre quais os principais fatores que facilitam as pessoas a usarem o preservativo, 37,2% dos enunciados dos informantes indicaram como meio de prevenção; 32,0% como método anticoncepcional; 15,7% disseram que ajuda quando não se confia no parceiro sexual (Tabela 14).

Tabela 14 - Unidades de registro extraídas dos enunciados dos estudantes de ensino médio, segundo os fatores que facilitam as pessoas a usarem o preservativo, Lubango, Angola-Àfrica,2004

TEMA/Categoria/Subcategorias	nº	%
PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS (BENEFÍCIOS)/Fatores que facilitam o uso do preservativo		
Meio de prevenção	192	37,2
Método anticoncepcional	165	32,0
Ajuda quando não se confia no parceiro sexual	81	15,7
Facilidade de aquisição	27	5,2
Ajuda em caso de infidelidade	27	5,2
Ajuda quando a pessoa sabe usar	23	4,4
Total	515	100,0
MEDIDAS DE PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS (BARREIRAS)/Fatores que dificultam o uso do preservativo		
Dificuldade no uso do preservativo	148	26,6
Não gostar	87	15,6
Confiar no parceiro sexual	79	14,2
Achar que o preservativo diminui o prazer sexual	55	9,9
Não conseguir negociar com o parceiro sexual	43	7,7
Desejar ter filho	33	5,9
Não acreditar na eficácia do preservativo	31	5,5
Razão econômica/falta de dinheiro para comprar	28	5,0
Achar que a doença não existe/não vai pegar a doença	27	4,8
Achar que o preservativo dificulta a relação sexual	17	3,0
Falta de preservativo no momento do ato sexual	7	1,2
Total	555	100,0

Para Santos et al. (2002), as mulheres HIV soropositivas têm direito a uma decisão consciente sobre que métodos anticoncepcivos usar e sobre ter ou não filhos e devem fazê-lo de forma mais informada possível quanto a perspectiva de contaminação ou não de seus filhos e parceiros soronegativos no momento da concepção. Os mesmos autores ainda afirma quem são necessários serviços que promovam ambiente aprazível para as mulheres HIV positivas e seus parceiros, tenham informação, condições de conhecer, discutir e realizar as opções conscientes no que concerne às decisões reprodutivas e de sua sexualidade.

Estudo realizado em São Paulo revelou que 51% das mulheres soropositivas

para o HIV relataram terem tido parceiro sexual, 41% mantinham relações sexuais mais de uma vez por semana, 68% adquiriram a infecção pelo HIV de seu parceiro fixo, atual ou anterior, 41% delas mesmo sabendo da sua condição sorológica não usaram ou usaram de forma inconsistente o preservativo (SANTOS et al. , 2002).

As infecções sexualmente transmissíveis e as gestações podem ocorrer durante as relações sexuais entre portadores do HIV, por isso o uso do preservativo é imprescindível.

Os dados da tabela 18 demonstram que das 515 expressões extraídas das respostas dos participantes, 37,2% mencionaram as diversas vantagens e benefícios do uso do preservativo. Este dado sobre o uso preservativo é bastante positivo e, deve ser incentivado entre os jovens.

Quanto aos fatores que dificultam as pessoas a usarem o preservativo, obtivemos um total de 555 unidades de registro extraídas das respostas dos estudantes, as principais barreiras mencionadas foram: a dificuldade no uso do preservativo (26,6%), não gostar (15,6%), confiar no parceiro sexual (14,2%), achar que o preservativo diminui o prazer (9,9%), não conseguir negociar com o parceiro (7,7%), (Tabela 14).

Contudo, analisando os benefícios do uso do preservativo, tanto para os portadores do HIV como para as pessoas não infectadas, em relação aos fatores dificultadores, podemos constatar que os alunos conheciam os benefícios gerados por estas medidas de prevenção, porém foram identificadas algumas deficiências quanto à precariedade de informação, a mudança de atitudes e comportamentos, assim como a dificuldade em colocar o preservativo, não gostar, achar que o preservativo diminui o prazer e a confiança no parceiro sexual.

Pelos dados apresentados percebemos que, de maneira geral, os participantes

demonstraram terem tido alguma informação, apesar de insuficiente, tendo sido identificados alguns comportamentos de risco para as IST/ aids.

7 CONCLUSÕES

A análise dos resultados obtidos nesta pesquisa permitiu que concluíssemos:

Em relação à caracterização sócio-demográfica

- 59,9% dos estudantes não do sexo feminino; 49,1% do sexo masculino.
- A idade dos alunos variou de 13 a 45 anos de idade; a maior concentração ocorreu na faixa etária entre 18 e 22 anos (42,3%).
- A maioria (83,9%) dos alunos era solteiro.
- 61,8% dos respondentes não possui ocupação, são apenas estudante; 18,2% funcionários públicos e 11,2% desempregados.

Quanto às características das práticas sexuais

- 77,4% dos estudantes são sexualmente ativos e 22,6% nunca tiveram experiência sexual. O início da vida sexual variou entre 7 e 26 anos de idade; para os estudantes do sexo masculino variou entre 7 e 22 anos de idade e para os do sexo feminino de 10 a 26 anos de idade; 11,4% dos meninos iniciaram a atividade sexual precocemente entre 7 e 13 anos.
- 24,3% dos participantes sexualmente ativos referiram frequência sexual de uma vez ao mês e 16,4% uma vez semanalmente.
- 65,4% dos alunos tiveram um parceiro sexual ao mês; 40,9% dos respondentes afirmaram nunca usar ou usaram algumas vezes o preservativo nas relações sexuais tidas no mês.
- 61,7% dos informantes referiram uma parceira sexual ao ano seguidos de 13,8%

que mencionaram dois parceiros sexuais; 51,6% nunca usaram ou usaram algumas vezes o preservativo durante o ano.

- 64,8% dos pesquisados declararam nunca usar ou usaram algumas vezes o preservativo nas relações sexuais tidas com parceiro fixo e 28,8% nunca usaram ou usaram algumas vezes com parceiro não fixo.
- 55,3% dos participantes mencionaram terem percebido o risco em adquirir IST/aids.
- 63,3% dos alunos referiram não usar drogas injetáveis ilícitas atualmente; 59,7% nunca usaram drogas previamente.

No que se refere as informações acerca das infecções sexualmente transmissíveis/aids

- 95,8% dos respondentes já ouviram falar da aids; 95,3% da sífilis; 92,9% gonorréia; 58,1% hepatite; 12,2% herpes genital e 6,7 cancro mole.
- 90,1% dos alunos indicaram a televisão como a principal fonte de informação sobre aids; 85,4% o rádio; 78,4% os amigos; 74,5% os livros; 65,9% o jornal.
- 80,5% dos alunos mencionaram ter um só parceiro sexual como medida de se evitar a aids e 78,7% o uso do preservativo.
- 94,8% dos estudantes indicaram a necessidade de se realizar campanhas de educação em saúde para a prevenção as IST/ aids
- os locais mais citados para a realização dessas campanhas: veículos de comunicação em massa (televisão, rádio, jornal); locais públicos de acesso livre (praças, ruas, mercados, paragens de ônibus) e locais de acesso restrito (escolas, discotecas, cinemas).
- Os depoimentos dos participantes demonstraram percepção de risco em adquirir

doenças e associaram a severidade da aids como doença sem cura, fim da vida e morte.

- Os alunos pesquisados revelaram terem tomado medidas de prevenção para evitar infecções sexualmente transmitidas e aids , porém bastante limitadas.
- Os informantes demonstram terem tido alguns conhecimentos sobre as principais infecções sexualmente transmitidas e aids, mas bastante restritos e limitados.
- O estudo permitiu identificar alguns fatores facilitadores e dificultadores para adoção de medidas de prevenção, relacionadas ao uso do preservativo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em desenvolver uma investigação sobre as infecções sexualmente transmissíveis e aids; verificando o conhecimento e as crenças dos estudante acerca dos riscos, surgiu da evidência do alto índice de morbidade e mortalidade por essas doenças na população jovem no mundo e principalmente na África.

Com base no referencial teórico adotado ao estudo, pudemos buscar as informações e identificar os fatores de risco para os indivíduos pesquisados, relacionados com os comportamentos de risco, como uso inconsistente do preservativo, crenças sobre a fidelidade entre parceiros, precariedade de informação sobre as doenças, associada algumas barreiras que contribuíram para não adoção de medidas preventivas.

Os enunciados dos participantes desta pesquisa demonstram preocupação com risco de adquirir doenças, devido à vulnerabilidade social e individual.

Através dos depoimentos dos informantes, percebemos que tinham alguns conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmitidas e aids, tais como os seus modos de transmissão e medidas de prevenção, porém bastante limitadas, implicando no reforço da informação através de programas educativos de prevenção com vistas a promover comportamentos saudáveis.

Por outro lado, os participantes sugeriram algumas propostas de medidas de prevenção da aids para Angola, sendo enfatizadas as campanhas de educação em saúde e incentivo ao uso do preservativo, assim como a distribuição gratuita do mesmo.

Apesar termos constatado limitação de informação sobre doenças e

identificados alguns comportamentos de risco entre estudantes, identificamos através dos enunciados que os mesmos reconhecem os benefícios da prevenção, tendo sido apontados como fatores facilitadores, o preservativo como meio de prevenção de doenças e contraceptivo.

De acordo com os resultados deste trabalho, depreendemos de maneira geral que os sujeitos pesquisados apresentaram déficit de informação com relação ao exercício da sexualidade, praticando ativamente o sexo, mas nem sempre seguro, percepção de comportamentos de risco, precariedade de informações sobre os modos de transmissão das IST/ aids e sua prevenção e conseqüentemente, um comprometimento com a sua vida individual e coletiva.

Assim, diante de todos aspectos relevantes é imprescindível a implementação de programas educativos de prevenção.

Tomando como referência a Lei nº 8. 642 de 31/3/93 que institui o Programa de Atenção integral à criança e ao Adolescente- PRONAICA, coordenado pelo Ministério da Educação e do Desporto e gerenciado pela Secretaria de Projetos Educacionais Especiais;cria através da Portaria nº 122 de 01/03593 o Comitê Nacional de Educação Preventiva Integral- COPEI.

A educação sexual, pelo referido Ministério:

está voltada para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da coletividade. Procura combater, de modo efetivo, a gravidez indesejável, a transmissão das infecções sexualmente transmitidas /aids, ao mesmo tempo em que fortalece o indivíduo contra a ilusão do uso de drogas, criando valores positivos de convivência (PINHEIRO,1997)

Operacionalmente, segundo as diretrizes sugeridas pelo referido Ministério, um Programa de educação Sexual deve realizar as seguintes atividades:

1. "Diagnosticar previamente as necessidades e expectativas do público-alvo;
2. Considerar a população- alvo dentro de um contexto histórico, sociocultural e

econômico;

3. Considerar a sexualidade dentro de um visão biopsicossociocultural

4. Não apenas identificar e convocar a escola, mas motivá-la e prepará-la para assumir o papel que lhe é reservado;

5. Do programa de capacitação fazer constar temas como:

- Anatomofisiologia da sexualidade e da reprodução;
- Noções de planejamento familiar;
- Sexualidade e drogas;
- Infecções sexualmente transmitidas (IST) e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids);
- Visão histórico –cultural da sexualidade;
- Sexualidade da criança e do adolescente
- Sexualidade e drogas
- Identidade e papéis sexuais;
- Disfunções, desvios e inadequações sexuais;
- Preconceitos mitos e crendices sexuais;
- Sexualidade família e cidadania;
- As dimensões do amor

6. Iniciar o programa de Educação Sexual na pré-escola,prosseguir no 1ºe 2º graus,estender-se até ao 3º grau e contemplar o ensino profissionalizante,cursos supletivos e outros;

7. Fazer o uso de estratégias educacionais que transcendam o mero informar:

8. Estimular a integração dos professores entre si e com os alunos, e da escola com a família e a comunidade;

9. Realizar,paralelamente a execução do programa,uma abordagem criteriosa

do processo e da sua metodologia de implementação;

10. Prever a integração de esforços entre os setores público e privado, através de parceria em nível local e nacional. ”

De acordo com Pinheiro (1997) a família, a escola e a sociedade são as instituições básicas para o desenvolvimento das ações educativas.

Para este autor, os pais devem ser informados sobre os pressupostos e objetivos da orientação sexual, o que pode ser feito através de reuniões, entrevistas ou comunicações por escrito. A compreensão dos pais sobre a importância do trabalho com a sexualidade infantil e adolescente fortalece o trabalho de orientação sexual e pode abrir novas perspectivas de diálogo na própria família. A educação sexual não deve se restringir à transmissão de conhecimentos e valores já estabelecidos, mas questionar esses valores, costumes e formas de condutas visando à modificação de modelos já estabelecidos.

No contexto atual e com advento da aids, os profissionais de educação, saúde e a sociedade em geral precisam de um aprofundamento no estudo da sexualidade e a proposição de um trabalho multidisciplinar para as questões relacionadas ao desenvolvimento emocional e sexual para que a abordagem sobre essa temática seja clara.

De acordo com o Plano Estratégico Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV/aids) do Ministério da Saúde de Angola, no âmbito da promoção, prevenção e proteção estão previstas as seguintes estratégias:

- Campanha e envolvimento da mídia (programas de TV/rádio/jornal)
- Distribuição de preservativos
- Formação e expansão de uma rede de ativistas
- Criação e divulgação de mensagens nas diversas línguas nacionais

- Formação de formadores e educadores de pares para o trabalho com adolescentes, trabalhadoras sexuais, trabalhadores de empresas etc.
- Integração de conteúdos de educação sexual e IST/HIV no currículo escolar
- Programas de capacitação da mulher para gestão da própria vida sexual e reprodutiva
- Disponibilidade e promoção de preservativo feminino.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEJUYIGBE, E. A. ;DUROSINMI, M. A. ; ONYIA, F. N. ;ADEODOU, O. O. Blood transfusion related pediatric HIV/AIDS in Ile-Ife, Nigeria. **AIDS Care**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 329-335, Jun. 2003.

ADEMOLA, J. ; IWUAGWU C. ; AJUWON, I. O. ; OLASEHA, S. Sexual Behavior and negotiation of de male condom by female students of the University of Ibadan, Nigeria. **Obstet Gynecol.** , Hagerstown, v. 20, n. 5, p. 507-513, 2000.

ADU, M. S. Family communication about HIV/AIDS and sexual behavior among senior secondary school students in Accra, Ghana. **Afr. Health Science**,Kampala, v. 3, n. 1, p. 7-14, Apr. 2003

ALEN, G. D; WHEELER J. G. ; GROSSKURTH, H. Adolescent reproductive health and awareness oh HIV among rural high school students, North Western Ethiopia. **AIDS Care E.** Oxford, v. 16, n. 1, p. 57-68, Jan, 2004.

ALQUÉZÁR, A. S. ; SALLES, N. A. ; CHAMONE, D. de A. F. Triagem sorológica em bancos de sangue. In: VERONESI, R. ; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 1763.

AMATO NETO, V. ;MEDEIROS,E. A. S. DE . **AIDS na prática médica**. São Paulo: Sarvier, 1996.

ANDREA, D. ; BRITES, C. M. **Realidade Escolar e Uso de Drogas**. In: TOZZI, D. A. ; SANTOS, N. L. DOS; AMARO, C. DE M. ;ALMEIDA, E. DE. ;SILVA, E. J. DA;PEREIRA, M. L. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e as dst/ aids. 2ªed. Série Idéias, 29: São Paulo: FDE, 1998. p. 133.

ANGOLA. . Ministério da Saúde. **Sida não reduz em Angola**. Pesquisa neXus Sida. 2004. Disponível em : <http://www.ebonet.net>. Acesso em: 24/06/ 2004.

ANGOLA. **Crescem índices de grávidas com o vírus HIV**. Corpo & Saúde. Luanda, 2002 Disponível em : <http://www.ebonet.net>. Acesso em: 01/05/ 2002.

ANGOLA. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico Nacional para as Infecções de Transmissão Sexual, HIV/SIDA**. Angola, 2005b. Disponível em: <http://www.angolapnls.org/downloads/pen%20its-hiv%20sida%202003-08.pdf>. Acesso em: 06/04/2005.

ANGOLA. **Províncias**. Luanda, 2005a. Disponível em: <http://wwwlusotopia.no.sapo.pt>. Acesso em: 04/02/ 2005.

ANTONOVSKY, A. ; KAIZ, R. The model dental patient: an empirical study of preventive health behavior. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 4, p. 376-380, 1970.

ANTUNES, M. C. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 2002, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 88-95.

AYRES, J. R. de C. M. **O jovem que buscamos e o Encontro Que Queremos Ser: A vulnerabilidade como eixo do de drogas, DST e AIDS Entre Crianças e adolescentes** In: TOZZI, D. A. ;SANTOS, N. L. DOS;AMARO, C. DE M. ;ALMEIDA,E. DE;SILVA, E. J. DA;PEREIRA, MM. L. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e as DST/ aids. 2ªed. Série Idéias, 29: São Paulo:FDE, 1998. p. 15.

AZEVEDO, K. M. L. Transmissão Vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana- Como reduzir o Risco?**DST J bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 49-53, 2001.

BALDO, B. SIDA Y Educación Escolar. **Revista de la Organización Mundial de la Salud**,. **SALUD MUNDIAL**, Ginebra, n. 6, p. 22-23, Noviembre e Diciembre,1998.

BARDIN, B. **Análise de Conteúdo**. Lisboa:edições 70, 1977.

BASTOS, F. I. ;BOSCHI-PINTO,C. ;TELLES,P. R. ;LIMA,E. O não dito da Aids. **Cad. Saúde Pública**. , São Paulo, v. 9, n. 1, p. 90-6, 1993.

BECKER, M. H. ; DRACHMAN, R. ; KIRSCHIT, J. A new approach to explaining sick-role behavior in low income populations. **American journal of Public Health**, New York, v. 64, n. 3, p. 205-216, 1974.

BECK-SOQUÉ, C. ; LARSSE, S. ; RICE,R Infecções sexualmente transmitidas em latentes, crianças e adolescentes. In: STEPHEN, A. . M. ;ADELE,A. M. ;KING, K. H. Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 2ªed. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 270-302.

BEMFAM. **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem**: Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. 19980/90. Rio de Janeiro, 1992.

BENTO, I. ; BUENO, S. Sexualidade e DST/ AIDS em uma população Universitária. **Jornal Brasileiro de Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 17-25, 1999.

BOTELHO, D. A. **“adolescentes: a vivência da sexualidade em tempos da AIDS”**. 2001. 156 p. Tese (Mestrado). Ribeirão Preto. Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto,Universidade de São Paulo,Ribeirão Preto, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de doenças sexualmente transmissíveis e Aids**. 3. ed. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual do Multiplicador: adolescente**. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Manual de Bolso**. Brasília, 2000b.

BROOK, U. Aids knowledge and attitudes of pupils attending urban high schools in Israel: **Patient Educ Couns**, Princeton, v. 36, n. 3 p. 271-278, 1999.

CARVALHO, M. M. de. **Caminhos e descaminhos percorridos por estudantes do 3º grau do ensino médio e portadores do vírus HIV, com relação às informações preventivas a respeito da Aids**. 1997. 140 p. Tese (Mestrado). Dissertação apresentada à Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CDC - CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **VIH/ SIDA: Prevención Hoy**. Disponível em: <<http://www.cdcnpin.org>> Acesso em: 19/10/2004a.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Introduction of routine HIV testing in pré-natal care-Botswana, 2004. **USA. MMWR Morb Mortal Wkl**, Atlanta, v. 53, n. 4, p. 1083-6, 2004b.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Jóvenes en situación de riesgo:EL VIH/SIDA en la juventud de los EE. UU**.

CHICRAIA, M. A. ;BARROS, C. R. P. ;CROMACK, L. M. F.; MEIRELES, Z. V.; SILVA, M. R. N. ;BEKER, G. Conhecimento ,Atitudes e Práticas Relacionadas à DST/ AIDS. Avaliação de Adolescentes Atendidas de uma Unidade de Atenção Primária. **Jornal Brasileiro de Doenças Sex Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 10-15, 1997.

CONSTANTINE, L. L.; MARTINSON, F. M. Sexualidade Infantil. **Novos conceitos. Novas pesquisas**. São Paulo: Arouca Ltda, 1984.

CORDEIRO, R. G. F. **Conhecimentos, crenças e conduta em relação à AIDS de estudantes do segundo grau de escolas estaduais do município de São Paulo**. São Paulo. 1993. 215p. Tese (Doutorado). Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

CREPALDI, L. ; BUENO, S. M. V. Estudo do conhecimento e das dificuldades de alunos do 2º grau de uma escola estadual de Ribeirão Preto relativos a sexualidade e DSTs /AIDS. **Jornal Brasileiro de Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 6, p. 24-36, 1997.

DELA COLETA, M. F. D. **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde**. São Paulo: Editora e Livraria Universitária, 2004.

DELA COLETA, M. F. **O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular**. 1995. 334p. Tese (Doutorado)-Universidade de Brasília. Brasília, 1995.

DIAS, A. **Pesquisa-ação com alunos do curso técnico profissionalizante de enfermagem sobre sexualidade e DST/ AIDS**. 2000. 158 p. Tese (Mestrado). Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2000.

Disponível em: <http://www.cdc.gov/spanish/vih/pubs/facts/s_youth.htm>. Acesso em: 19/10/2004.

FAUCI, A. S. ; LANE, C. H. **Doença devida ao vírus da imunodeficiência humana(HIV):Aids e distúrbios relacionados** In: HARRISSON, T. R. ;KASPER,H. ; LONGO,J. Medicina Interna. 15ª ed. Rio de Janeiro: Mc-Graw Hill, 2002. p. 1963-1971.

FERES, A. D. ;REZENDE,D. ;BOTELHO,F. H. W. ;CÂMARA,F. G. ;PINTO,G. A. M. ; MARTINS,L. C. F. ;COSTA,J. O. O uso do preservativo pelos alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena, em uma abordagem sócio-cultural a respeito da AIDS. **DST Bras Doenças Sex Transm**,Rio de Janeiro, v. 1, n. 6, p. 31-36, 2001.

FERNANDES, A. F. C. ; GOURGEL, A. H. ; JULIÃO, T. C. Prevenção de DST/ AIDS: Uma abordagem junto a famílias de adolescentes. **Jornal Brasileiro de Doenças Sex Transm** , Rio de Janeiro, v. 11, n. 6, p. 4-9,1999.

FERREIRA, M. de L. S. M. ; GALVÃO,M. T. G. ;COSTA E. DE S. Sexualidade da adolescente: anticoncepção. **Rev. Bras de Med**, São Paulo, v. 57, n. especial, p. 8-15/18-19, Nov. 2000.

FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre HIV/ Aids: Um perfil da população Brasileira no ano de 1998. **Cad. Saúde Pública.** , Rio de Janeiro, v. 19, p. 213-222, supl . 2, 2003.

FISHER, A. J. ; AARO, L. E. Unsafe sexual Behaviour in South African Youth. **Social Science & Medicine**, Philadelphia, v. 56, n. 1, p. 149-165, January. 2003.

FUKUDA-PARR, S. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2001**. Lisboa, Trionova Editora, 2001.

GALLO, R. C. ; STALL, F. W. **Retrovirus Biology and Human Diseases**. New York, Dekker, 1990.

GHERPELLI, M. H. B. V. **A Educação Preventiva em Sexualidade na adolescência**. In: TOZZI, D. A. ;SANTOS, N. L. DOS;AMARO,C. DE M. ;ALMEIDA, E. DE;SILVA, E. J. DA; PEREIRA, M. L. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e as dst/ aids. 2ªed. Série Idéias, 29: São Paulo: FDE, 1998. p. 61.

GIR, E. **A Sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1)**. 1997. 201p. Tese (Livre Docência em Enfermagem Geral e Especializada)-Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

GIR,E. ;DUARTE,G. ;MARTINEZ,R. ;MORIYA,T. M. ;FIGUEIREDO,J. F. DE C.; COSTA,J. C DA;MACHADO,A. A. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de Aids. **Revista de Saúde Pública**,São Paulo, v. 28, n. 2, p. 93-99,Abr. 1994.

GIR,E. ;MORIYA,T. M. ;COSTA,J. C. A;DUARTE,G. ;OLIVEIRA,M. H. P. DE;BUENO,S. M. V. ;TAVARES,M. S. G. Estudo das condutas adotadas por balconistas de farmácias frente a casos relatados de gonorréia. **Medicina**, Ribeirão Preto, V. 24, n. 1, p. 15-25, Jan/ Mar. 1991.

GUIBER, I. A. **AIDS na escola**. In: TOZZI, D. A. ;SANTOS,N. L. DOS;AMARO, C. DE M. ;ALMEIDA, E. DE;SILVA,E. J. DA;PEREIRA,M. L. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às dst/ aids. 2ªed. Série Idéias,29: São Paulo: FDE, 1998. p. 87.

GURMAN, T. ;BORZEKOWSKI,D. L. Condom use among Latino College Students. **J Am Coll Health**,Washington, v. 52, n. 4, p. 169-178, Jan/Feb. 2004.

HEBLING, E. M. ;GUIMARÃES,I. R. F. Mulheres e Aids: Relações de gênero e o uso do preservativo com parceiro estável. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1211-1218, 2004.

ILIASU, Z. ;AROTIBA,J. T. ;BABASHANI,M. Socio-demographic characteristics and risk factors among HIV/AIDS patients in Kano, Northern Nigéria. **Níger J Med** ,Lagos, V. 13, n. 3, p. 267-271, Jul-Sep. 2004.

ISOLAN, T. B. ;CARVALHO,A. V. V. ;FILHO,G. L. A. ;PASSOS, M. R. L. ;BRAVO, R. S. ;PINHEIRO,V. M. S. Perfil do Atendimento ao Adolescente no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **Jornal Brasileiro de Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 9-30, 2001.

KASL, S. ; COBB, S. Health behavior and sick role behavior. **Health Education Monographs**, São Francisco, v. 4, n. 2, p. 387-408, 1966.

LA RUCHE, G. ;DJEHA,D. ;BOKA-YAO, A. DIGBEU,N. ;COULIBALY,I. M. The fight against sexually transmitted diseases in Ivory Coast: what strategies can we use in the face of HIV/AIDS? **Sante**, Asheville, v. 10, n. 4, p. 287-292, Jul-Aug. 2000.

LACAZ, C. DA S. ;MARLINS,J. E. C. ;EDUARDO,L. M. **AIDS /SIDA**. 2ªed. São Paulo: Sarvier, 1990.

LESCURA, Y. **Doenças sexualmente transmissíveis. Sífilis, gonorréia e aids no espaço de vida dos alunos universitários**. Ribeirão Preto. 1994. 228p. Tese (Mestrado). Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,Ribeirão Preto,1994.

LEWIN, K. ; DEMBO, T; FESTINGER, L. . . ; SEARS, P. Level of aspiration. In Hunt J. McV. (Ed) **Personality and the Behavior Disorders**: A handbook Based on Experimental and Clinical Research. New York, Tha Ronald Press, 1944.

LIMA, A. L. L. M. ;KIFFER,C. R. V. ;UIP,D. E. ;OLIVEIRA,M. S. DE;LEITE,O. H. M. HIV/ AIDS: **Perguntas e respostas**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LIMA, E. S. **Drogas nas escolas. Quem Consome o Quê.** In: TOZZI, D. A. ;SANTOS, N. L. DOS;AMARO, C. DEM. ;ALMEIDA, E. DE;SILVA, E. J. DA;PEREIRA, M. L. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/ aids. 2ªed. Série idéias, 29: São Paulo: FDE , 1998. P. 119.

LIMA, J. ; VILA, V. S. C. ; GASTALDO, D. Pesquisa participativa: Estratégia inovadora de prevenção do HIV/ AIDS entre mulheres na comunidade. In: __CIBRAPEQ, 1. , 2004 Taubaté. **Anais...** São Paulo: Tec Art, 2004. 1 CD-ROM.

MACALUSO, M. ;MICHAEL, J. ;DEMAND, L. M. A. ;EDWARD W, H. Partner type and condom use. **AIDS**, 2000, Philadelphia, v. 14, n. 5, p. 537-546.

MAIMAN, L. A. ; BECKER, M. H. The health belief model: origins and correlates in psychological theory. **Health Educ. Monographs**, São Francisco, v. 2, n. 4, p. 336-353, 1974.

MANN, J. TARANTOLA, D. J. M. ;NETTER, T. W. **AIDS no mundo.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MARQUES, L. F. ; DONED, A. D. SERAFIN, D. **O uso indevido de drogas e a aids.** In: Ministério da saúde: Cadernos juventude e desenvolvimento. Brasília, 1999. p173-182.

MAYAUD, P. ;MABEY, D. Approaches to the control sexually transmitted infections and developing countries: Old problems and modern challenges. **Sex Transm Infect** , London, v. 80, n. 3, p. 174-182, 2004.

MONTAGNIER, L. Vírus e homens. AIDS: **Seus mecanismos e tratamentos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MORIYA, T. M. ;TAVARES, M. S. G. ;OLIVEIRA, M. H. P DE; GIR, E. O que os jovens sabem sobre doenças sexualmente transmitidas? **Rev. Bras. Enf.** , Brasília, v. 38, n. 3 e 4, p. 300-3005, Julho/ Dez, 1985.

OLIVEIRA, M. L. de. **Comportamento de risco para contração e disseminação de Hiv entre pacientes com atendimento especializado do Centro de Saúde da FMRPUSP.** Ribeirão Preto. 1996. Tese (Mestrado). Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

ONUSIDA. Hoja Informativa. **La MUJER Y EL VIH?SIDA, UN DESAFIO CRESCIENTE.** Ginebra, 2004c. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 10/12/04.

ONUSIDA. Hoja Informativa. **La epidemia de SIDA em África subsahariana.** Ginebra, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=text&db=pubmed>>. Acesso em: 31/03/05.

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. **Resumen analítico 2004.** Ginebra, 2004a. Disponível em :<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 04/11/04.

ONUSIDA. Situação de la epidemia da SIDA, dezembro de 2004. **Resumen mundial de la epidemia de SIDA, diciembre de 2004**. Ginebra, 2004b. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 18/12/04.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Sida e infecciones de transmisión sexual em las Américas. Evolución de las epidemias em la Región: retos y oportunidades. **Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**, Washington, v. 6, n. 3, 1999.

OPAS/OMS/AMS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ASSOCIACIÓN MUNDIAL DE SEXOLOGIA. **Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción**. Guatemala. Maio, 2000.

OPAS/OMS/UNAIDS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DS SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E UNAIDS. **HIV e AIDS nas Américas. Uma epidemia Multifacetada**. Rio de Janeiro, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes**. Ginebra: OMS, 1999.

OSÓRIO, L. C. **Adolescência hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PETRILLI FILHO, J. F. **Vulnerabilidade as DST entre atiradores do serviço militar obrigatório. Uma apreciação sócio-comportamental**. 2004. 157p. Tese (Mestrado)- Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e letras de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

PINHEIRO, V. M. dos S. História recente de educação sexual na escola e da sexualidade no contexto da realidade Brasileira. **Jornal Brasileiro de DST**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, P. 6-8, 1997.

PRAÇA, N. de S. ; GUALDA, D. M. R. Risco de infecção pelo HIV: Como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, P. 14-20, Preto. Jan. /Fev, 2003

RAFFAELLI, M. ; SIQUEIRA, E. ; PAYNEMERITT, A. ; CAMPOS, R. ; UDE, W. ; GRECO, D. ; GRECO, D. I. ; RUFF, A. ; HELSEY, N. Related knowledge and risk behavior of street youth in Belo Horizonte. Brasil. **AIDS Education and Prevention**, New York, v. 7, n. 4, p. 287-289, 1995.

RIBEIRO, E. C. Notas para um debate In: Brasil. Ministério da Saúde. **AIDS comunicação e sociedade**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ /CICT, 1992. p. 16-18.

ROSENSTOCK I. M. Historical origins of the Health Belief Model. **Health Educ. Monographs**, San Francisco, v. 2, n. 4, p. 328. 335, 1974.

ROSENSTOCK, I. M. The health belief model and preventive health behavior. **Health Educ. Monographs**, San Francisco, v. 2, p. 354-387, 1974b.

ROSENSTOCK, I. M. Why people use health services. **Milbank Mem. Fund Q.** ,New York, v. 74, n. 3, supl, p. 94-127, 1966.

ROSO, A. R. ; GUÉ, R. M. ; NORA, S. M. As campanhas de prevenção da AIDS na mídia televisiva-Um estudo sobre a campanha Bráulio (versão apelidos). **Saúde e Deb.** ,Londrina, n. 52, p. 7-17, 1996.

ROTH, J. S. **All about AIDS**. New York: Harwood . USA, 1988.

RUTHERFORD, W. G. A Epidemiologia da AIDS no mundo. **Bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 6, p. 6-11.

SAITO, M. I. **Sexualidade. Gravidez na Adolescência: Prevenção X Fatores deRisco**. In:TOZZI,D. A. ;SANTOS,N. L. DOS;AMARO,C. DEM. ;ALMEIDA,E. DE; SILVA,E. J. DA;PEREIRA,M. L. 2ªed. Série Idéias,29. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e as dst/ aids. São Paulo: FDE, 1998. p. 49.

SANCHES, K. R. de B. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade**. Rio de Janeiro. 1999. 143 p. Tese (Doutorado) –Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

SANCHEZ, F. M. ; FERRIAN, M. das G. C. Percepção de padres y profesores de los factores de riesgo para o uso de drogas lícitas e ilícitas em los escolares. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. especial, p. 406-411, 2004.

SANTOS,N. J. S. S. ;BUCHALA,C. M. ;FELIPE,E. V. ;BUGAMELLI,L. ;GARCIA,S. ; VERA,P. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4 supl, p. 12-23, 2002.

SHAPIRO, C. N. ; ATLER, M. J. **Hepatitis**. In: STEPHEN, A. M. ;ADELE,A. M. ; KING,K. H. Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 2ªed. São Paulo:Artes Médicas,1997. P. 249-250.

SILVEIRA, M. F. ; BERIA, J. U. ; HORTA, B. B. et al. Self-assessment of STD/AIDS vulnerability among women. **Rev. Saúde Pública**,São Paulo, 2002, v. 36, n. 6, p. 670-677.

SPACH, D. ; KEEN, P. **Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida**. In: STEPHEN, A. M. ;ADELE,A. M. ;KING,K. H. Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2ªed. São Paulo:Artes Médicas, 1997. p. 166-205.

STEN, H. V. ; DROTMAN, D. P. . SIDA. **Epidemiologia, história natural, e prevenção**. In : MENDEL, G. L. Atlas de Doenças Infecciosas. Porto Alegre: AtrMed,1998. p. 1. 2

STORCK, M. A. SARAIVA;S. A. ;RODRIGUES,A. M. ;SOARES,M. C. X. Doenças sexualmente transmissíveis no contexto de “Ditas Donas de Casa. **DST J bras Doenças Sex Transm** , Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 41-48,2001.

THE EFFECTIVENESS OF condoms in preventing HIV transmission. **amFAR**, Los Angeles, n. 1, p. 1-2, Jan. 2005. Issue Brief

TRAJMAN,A. ;BELO,M. T. ;TEIXEIRA,E. G. ;DANTAS,V. C. S. ;SALOMÃO, F. M. ; CUNHA,A. J. L. A. Conhecimento sobre DST/ AIDS e comportamento sexual entre estudantes do ensino médio no Rio de Janeiro. **Brasil. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Jan. /Feb. , 2003

TRINDADE, E. ; BRUNS, M. A. I. I. **Sexualidade de jovens em tempos da AIDS**. Campinas. São Paulo: Átomos, 2003.

UNAIDS. Report on the global HIV / AIDS epidemic, Geneve, June 2000.

UNAIDS; WHO. **Angola. Epidemiological** Fact sheets. On HIV/ AIDS and sexually transmitted infections. Update 2004. Geneve, 2004. Disponível em: <<http://www.unaids.org>. >Acesso em: 23/12/04.

VAL, L. F. do. **Estudo dos fatores relacionados à AIDS entre estudantes do ensino médio de São Paulo**. Ribeirão Preto. 2001. 181p. Tese (Mestrado). Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

VERA, P. ; PERES, C. ; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos da AIDS:Reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. São Paulo. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2002.

VIEIRA, E. M. et al. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4,Out. /Dec. ,2000.

WISDOW, A. ; HAWKINS, D. A. **Diagnóstico em cores. Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2ªed. São Paulo: Atheneu,1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Temas de actualidad: Nuevas orientaciones para prevenir la transmisión materno-filial del virus de la inmunodeficiencia humana. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**, Washington, v. 16, n. 4, 2004. p. 289-290.

YAZZLE, M. E. ; DUARTE, G. ; GIR ,E. Sexo seguro na adolescência. **Reprodução Clim** ,São Paulo, v. 14, n. 1, p. 16-18, 1999.

10 ANEXOS

Instrumento para coleta de dados

Caro Aluno,

Este inquérito é individual, servindo para obtenção de informações sobre o conhecimento e os comportamentos da juventude perante as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV/aids). Com base nas respostas obtidas analisaremos a situação para propor um programa educativo nas escolas de nível médio do Lubango/Angola, com a finalidade de desenvolver ações que visem a adoção de medidas preventivas sobre estas doenças.

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento do questionário e garantimos que será preservado o anonimato dos participantes. O questionário que está recebendo tem perguntas que para respondê-las deve assinalar com (X) sua opção de resposta e outras questões são para você responder nos espaços em branco, descrevendo a sua opinião em relação ao assunto.

OBRIGADO
Guedes Candundo

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1-Sexo: Masculino() Feminino()

2-Idade:.....Anos

3-Ano de Escolaridade:

9ª Classe() 10ª Classe() 11ª Classe() 12ª Classe()
Outro() Mencionar.....

4-Estado Civil

Solteiro() Casado() Vive Maritalmente() Divorciado()
Viúvo()

5-Ocupação atual além de estudante

Funcionário público() Trabalhador sector Privado() Autônomo()
Desempregado() Apenas estudante()

II-PRÁTICAS/HÁBITOS SEXUAIS

6-Você já teve relação sexual? Sim() Não()

6.1-Com que idade teve a primeira relação sexual?.....anos

7-Com que frequência você tem relações sexuais:

Todos os dias() Uma vez por mês()
Uma vez por semana() Duas vezes por mês()
Duas vezes por semana() Três vezes por mês()
Três vezes por semana() Outro()mencionar.....

8-Número de parceiro sexual no mês atual:

Nenhum() Um() Dois() Três()
Outro() mencionar quantos.....

8.1-Características das relações sexuais no mês atual

Relação sexual com mulher () Prática sexual vaginal e anal ()
Relação sexual com homem () Prática sexual somente anal ()
Relação sexual com ambos sexos () Prática sexual oral ()
Prática sexual vaginal () Prática sexual oral e vaginal ()
Outra() mencionar.....

Uso de camisinha nas relações sexuais no mês atual:

Em todas relações sexuais() Em algumas relações sexuais()
Em nenhuma relação sexual() Nunca tive relação sexual no mês atual()

9-Número de parceiro sexual no ano atual:

Nenhum() Um() Dois() Três()
Outro() mencionar quantos.....

9.1-Características das relações sexuais no ano atual:

Relação sexual com mulher () Prática sexual vaginal e anal ()
Relação sexual com homem () Prática sexual somente anal ()
Relação sexual com ambos sexos () Prática sexual oral ()
Prática sexual vaginal () Prática sexual oral e vaginal ()
Outra() mencionar.....

Uso de camisinha nas relações sexuais no ano atual:

Em todas relações sexuais () Em algumas relações sexuais ()
Em nenhuma relação sexual() Não tive relação sexual no ano atual ()

10- Frequência do uso de camisinha com parceiro fixo

Sempre() As vezes() Nunca()

11-Motivo de não usar camisinha com parceiro fixo

Não gosto() Pratico sempre sexo seguro()
Não sei usar() Desejo ter filho()
Não acredito na eficácia() Acho a camisinha grande()
Confio no parceiro() Acho a camisinha pequena()
Não consigo negociar com parceiro() Não tenho condições de comprar()
Acho que não vou adquirir a doença() Outro() mencionar.....

12-Frequência do uso de camisinha com parceiro não fixo

Sempre() As vezes() Nunca()

13-Motivo de não usar camisinha com parceiro não fixo

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Não gosto() | Pratico sempre sexo seguro() |
| Não sei usar() | Desejo ter filho() |
| Não acredito na eficácia() | Acho a camisinha grande() |
| Confio no parceiro() | Acho a camisinha pequena() |
| Não consigo negociar com parceiro() | Não tenho condições de comprar() |
| Acho que não vou adquirir a doença() | Outro() mencionar..... |

III-PERCEPÇÃO ACERCA DO RISCO DE ADQUIRIR IST OU HIV/aids

14-Você se considera em risco de adquirir alguma IST ou HIV/aids?

Sim() Não() Não sei()

Por quê?.....

15-Qual a sua percepção sobre o grau de risco de você adquirir uma IST?

Alto Risco() Médio Risco() Baixo Risco() Nenhum Risco()

16-Qual a sua percepção sobre o grau de risco de você adquirir o vírus HIV/aids?

Alto Risco() Médio Risco() Baixo Risco() Nenhum Risco()

17-Quais medidas preventivas você emprega para se prevenir das IST ou HIV/aids?.....

.....

18-Alguma vez você já contraiu alguma infecção sexualmente transmissível?

Sim() Não()

Se sim, qual?.....

Onde se tratou?: Centro de Saúde() Posto de Saúde() Farmácia()

Amigo() Tradicional() Outro() Mencionar.....

Qual foi o tratamento?.....

Quanto tempo de tratamento?.....

19-Uso de drogas injetáveis (Drogas que viciam tais como: cocaína, morfina...)

Atualmente: Sim() Não()

Anteriormente: Sim() Não()

Seringas e agulhas compartilhadas: Sim() Não()

20-Recebeu transfusões de sangue nos últimos 10 anos?

Sim() Não()

III-INFORMAÇÕES ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

21-Quais infecções sexualmente transmissíveis você já ouviu falar?

SIDA() Sífilis() Gonorréia() Hepatite B()

Outras() mencionar quais.....

22-Quais infecções sexualmente transmissíveis podem passar da mulher grávida para o bebê, durante a gravidez ou no parto?.....

23-As infecções sexualmente transmissíveis podem facilitar a aquisição do HIV?

Sim() Não() Não sei()

24-Onde ouviu falar da aids?

Rádio() Jornal() Amigos() Televisão() Livros()

Outro() Mencionar qual.....

25-Quais os modos de transmissão da aids?

26-Como se pode evitar a aids?

Com o uso da camisinha()

Ter um só parceiro sexual()

Outro() Mencionar.....

Não sei().

27-Onde as pessoas podem adquirir camisinha?

Na escola() Amigos() Farmácia() Mercados()

Centro de saúde() Posto de saúde() Outro() Mencionar.....

28-Se duas pessoas portadoras do vírus HIV mantiverem relação sexual, é preciso usar camisinha?

Sim() Não() Não sei()

Se sim, por quê?.....

29-Cite 5 principais razões que dificultam que as pessoas utilizem camisinha em todas as relações sexuais:

a.

b.

c.

d.

e.

30-Cite as 5 principais razões que facilitam as pessoas a usarem camisinha em todas relações sexuais:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

31-Que tópicos você sente necessidade de discutir sobre IST e HIV/aids?

.....
.....

32-Uma pessoa pode estar infectada pelo HIV e não manifestar sinais e sintomas durante um determinado período?

Sim() Não() Não sei()

33-Uma pessoa infectada pelo HIV, sem sintomas, pode transmitir o vírus para outra pessoa através de relação sexual sem camisinha?

Sim() Não() Não sei()

34-Se duas pessoas portadoras do vírus HIV mantiverem relação sexual, é preciso usar camisinha?

Sim() Não() Não sei()

Justifique a resposta:.....

35-Você conhece alguma pessoa portadora de HIV/aids?

Amigo() Vizinho() Parente()

Outro()Especificar:.....

36-Acha que se deveria fazer uma campanha de Educação sobre IST/aids?

Sim() Não() Não sei()

Se sim, onde?

Televisão() Rádio() Jornal() Palestras nas Escolas()

Outros()Mencionar:.....

37-Cite as 5 medidas que você considera prioritárias e que devem ser implementadas em Angola para se controlar a epidemia pelo HIV/aids.

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

38-Como se adquire a Hepatite B?

.....
.....

39-Quais são as complicações de uma pessoa que adquire o vírus da Hepatite B ?

.....
.....

40-Cite 5 medidas principais para se evitar a Hepatite B.

.....
.....

41-Como se adquire a Sífilis?

.....
.....

42-Quais são as complicações de uma pessoa que adquire a Sífilis ?

.....
.....

43-Cite 5 medidas principais para se evitar a Sífilis.

.....
.....

AFRICA

